

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SEBASTIÃO SILVEIRA NUNES JÚNIOR

**ADESÃO DE PACIENTES HIV SUBMETIDOS
PRECOCEMENTE A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

**SÃO PAULO
2017**

SEBASTIÃO SILVEIRA NUNES JÚNIOR

**ADESÃO DE PACIENTES HIV SUBMETIDOS
PRECOCEMENTE A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nunes Júnior, Sebastião Silveira

Adesão de pacientes HIV submetidos precocemente a terapia antirretroviral /Sebastião Silveira Nunes Júnior. São Paulo, 2017.

101 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. HIV. 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 3. Terapia antirretroviral de alta atividade. 4. Adesão à medicação. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Sebastião Silveira Nunes Júnior

Título: Adesão de pacientes HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sebastião e Rosa, que sempre me incentivaram e apoiaram no decorrer dessa trajetória.

A todos os portadores do HIV/aids que enfrentam diariamente o preconceito social e não desistem da vida.

A todos os portadores do HIV que aceitaram participar desse estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por acompanhar meus passos e me direcionar para o caminho do bem, por conceder a graça da realização deste trabalho que foi um grande sonho realizado, e por estar sempre me protegendo das adversidades desta vida.

Aos meus pais Sebastião Nunes e Rosa Nunes, pelo incentivo desde a graduação, que mesmo distantes estão sempre tão presentes. Pelas orações de minha mãe que sempre chegaram até mim, dando-me forças para continuar.

A minha irmã Lidiane Ferreira Nunes, amiga sempre presente nos momentos mais difíceis e ao meu cunhado Celso Ferreira Nunes que me acompanhou nessa trajetória.

A minha querida e amada amiga Paloma Garrido que Deus colocou novamente em meu caminho fazendo com que essa aproximação me desse forças para concluir este trabalho.

As minhas queridas professoras da graduação, Luz Alcira Avila Rincón Alves e Hânia Milanelli da Silva, que sempre foram fonte de inspiração para a caminhada acadêmica.

À professora Ana Luiza Vilela pela oportunidade de ingresso na Escola de Enfermagem da Usp, como aluno especial e valiosa contribuição de aproximação mais aprofundada com a pesquisa.

À professora Elizabeth Fujimori pela manutenção da bolsa de estudos e valiosas contribuições em relação aos métodos de pesquisa.

A todos os meus colegas da Pós-Graduação, em especial aqueles que estiveram mais próximos compartilhando as dificuldades enxugando as lágrimas e muito mais que isso, me dando motivação para continuar, muito obrigado menino

e meninas, João, Rafaela, Lucimara, (grupo - trilegais), a minha querida Claudinha, Aline, Carla, Luciana Mitsue, Natalia de Castro Nascimento e Sheila.

Aos membros dos grupos de pesquisa: **“Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”** e **“Senilidade e Senescência: Desafios para o cuidar”**, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de crescimento e aproximação com a pesquisa através das diversas discussões nesse período e pela contribuição para o entendimento do referencial teórico da vulnerabilidade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGE pelos ensinamentos e contribuições para o meu crescimento não apenas profissional como também pessoal.

A todo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelos referenciais teóricos apresentados, fazendo-me com que enxergasse, por meio dos “óculos” da saúde coletiva, que com certeza amplia a nossa visão enquanto pesquisador, as meninas da secretaria (Val, Evelyn, Socorro) que sempre me atenderam com muita eficiência, as queridas especialistas (Erica, Karen, Vânia e Eloá) pelo conhecimento transmitido e é claro pelos muitos sorrisos juntos.

Às professoras doutoras: Lucia, Renata e Luciane pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado.

A toda equipe do ambulatório de moléstias infecciosas de Santo André – SP, em especial a Dr^a Ariadne Miranda e ao farmacêutico Eduardo pelo apoio e palavras de incentivo, a equipe da farmácia (Val e Lenilson) e as meninas da coleta.

A todos os portadores do HIV que gentilmente se disponibilizaram a participar do estudo, a forma como enfrentam a vida diante da soropositividade me fez acreditar que viver vale a pena.

Aos meus alunos do Instituto Paulista de Enfermagem, pela compreensão, apoio nos momentos de desespero, compreendendo os lapsos de memória durante as aulas devido ao cansaço. Essa conquista também é de vocês, a minha querida coordenadora Simone, Dona Silvia e a todos os colaboradores que sempre me apoiaram e incentivaram, muito obrigado.

E por fim, a todos que mesmo não tendo sido citados, mas que passaram pela minha vida e de alguma seja com uma palavra, um sorriso, um abraço contribuíram para a realização desta pesquisa. Sou imensamente grato a todos vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, Suely Itsuko Ciosak, que com muito carinho deu-me a oportunidade de estar sob sua orientação, mesmo ainda não tendo nenhuma aproximação com a pesquisa, seu vasto conhecimento e experiência me serviram de inspiração.

A oportunidade de trabalhar ao seu lado me proporcionou não apenas o conhecimento acadêmico, mas a percepção da quão generosa, protetora e ser humano incrível que és. O incentivo durante os momentos de dificuldades me ajudaram a superar meus limites, me fazendo acreditar em meu potencial de uma forma a que eu não acreditava ser capaz de corresponder.

As dificuldades por estar longe de casa, da família, em muitos momentos foram superadas durante os nossos encontros, pois sempre demonstrou carinho, atenção e proteção. Obrigado por cuidar tão bem de mim, por me “adotar” em meio a um lugar no qual apesar de tão populoso ao mesmo tempo tão solitário.

E Por fim, obrigado por estar sempre ao meu lado, me estimulando, acreditando e por não ter desistido. Você mudou o rumo da minha história, isso é fazer diferença. Deixo expressa aqui minha eterna gratidão.

“... Não é sobre chegar no topo do mundo
e saber que venceu, é sobre escalar e sentir
que o caminho te fortaleceu...”

(Trem bala – Ana Vilela)

Nunes Júnior SS. Adesão de pacientes HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde recomenda que a terapia antirretroviral deva ter início imediato para todos os portadores do HIV independente da presença ou ausência de sintomas da Aids. Esta nova diretriz tem como base que o início precoce da terapia antirretroviral estimula o sistema imune, diminui o risco de morbimortalidade associadas ao HIV e reduz o risco de transmissão. **Objetivo:** analisar adesão de portadores do HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral. **Hipótese:** Portadores do HIV assintomáticos apresentam baixa adesão quando submetidos à terapia antirretroviral precocemente, decorrente dos efeitos colaterais da medicação. **Método:** Estudo transversal, descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por entrevista individual com formulário para levantamento das características sociodemográficas e para avaliar adesão à terapia antirretroviral, foi utilizada a adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” CEAT-VIH. Para interpretação, compreensão e estruturação das análises do fenômeno foi adotado o referencial teórico da vulnerabilidade. A análise dos dados foi processada no Software Stata 13.1®. As variáveis foram analisadas por meio de frequência absoluta e relativa (frequência simples, média e desvio padrão) e de acordo com os resultados, o teste do Qui-quadrado de Pearson. **Resultado:** Entre os 53 entrevistados, 81,1% foram classificados como aderentes e 18,9% como não aderentes. Predominou a população masculina e a faixa etária de 25 a 44 anos, a cor branca e boa escolaridade. Os determinantes da adesão a TARV foram: maior escolaridade, estar casado ou morar com família e boa relação médico/paciente, para a não adesão foram: sentir-se melhor após o início do tratamento, falta de apoio das pessoas do convívio social e ciência do parceiro sobre a soropositividade. Ao que se refere a vulnerabilidade nas três dimensões, verificou-se que na dimensão individual: falta de conhecimento sobre os medicamentos em uso, presença de rede de apoio social e mudança de comportamento social (sexo

sem preservativo), foram os que mais influenciaram para a não adesão. Na dimensão social, vínculo interpessoal com familiares e amigos íntimos, influenciou positivamente a adesão. Programaticamente, verificou-se que a estrutura oferecida aos usuários foi considerada adequada e contribuíram para a adesão.

Conclusão: O estudo mostrou a necessidade de pesquisas acerca da adesão a TARV, em pacientes submetidos precocemente ao tratamento, com outros instrumentos, em outros Centros de Referencias, com número maior de portadores, para avaliar este programa terapêutico, visto que esse é o último consenso em termos de terapia e o uso prolongado associado aos efeitos colaterais, são fatores que podem interferir na adesão.

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

Nunes Júnior SS. Adherence of HIV patients under early submission to antiretroviral therapy [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization recommends that antiretroviral therapy (ART) should start immediately for all HIV patients regardless of the presence or absence of AIDS symptoms. This new guideline is based on the fact that the early initiation of antiretroviral therapy stimulates the immune system, reduces the risk of HIV-associated morbidity and mortality, and reduces the risk of its transmission. **Objective:** To analyze the adherence of HIV patients under early submission to antiretroviral therapy. **Hypothesis:** Asymptomatic HIV carriers have low adherence when submitted to antiretroviral therapy early due to the side effects of the medication. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive prospective study with a quantitative approach. The data were obtained through individual interviews with a form to collect sociodemographic characteristics and to evaluate adherence to the antiretroviral therapy. An adapted Brazilian version of the “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” CEAT-VIH (Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Therapy) was used. For the interpretation, understanding and structuring of the analyses of the phenomenon, the theoretical framework of vulnerability was adopted. Data analysis was processed in Stata 13.1® Software. The variables were analyzed by means of absolute and relative frequency (simple frequency, mean and standard deviation) and according to the results, the Pearson's Chi-square test. **Results:** Among the 53 interviewees, 81.1% were classified as adherents and 18.9% were non-adherents. The predominant people were male, aged between 25 and 44, white, and well educated. The determinants of adherence to ART were: greater schooling, being married or living with family and good doctor/patient relationship. Those ones for non-adherence were: feeling better after starting the treatment, lack of support from people from their social interaction and their partner's awareness on the seropositivity. Vulnerability can be considered in three dimensions. In the individual dimension, lack of knowledge about the drugs in use, presence of a social support network, and social behavior

change (sex without a condom) were the factors that mostly influenced the non-adhesion. In the social dimension, interpersonal bonding with family and close friends positively influenced the adhesion. Programmatically, it was verified that the structure offered to the users was considered adequate and contributed to the adhesion. **Conclusion:** The study showed the need for research on ART adherence in patients submitted to treatment early with other instruments in other Reference Centers with a greater number of patients in order to evaluate this therapeutic program, since this is the last consensus in terms of therapy. Prolonged use associated with side effects are factors that may interfere with adherence.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; High Activity Antiretroviral Therapy; Medication Adherence; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Santo André – SP, 2015.....	41
Tabela 2: Características sociais dos usuários de terapia antirretroviral segundo idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade e religião. Santo André – SP, 2016	50
Tabela 3: Características dos usuários de terapia antirretroviral sociais segundo situação de moradia, trabalho, profissão e renda familiar. Santo André – SP, 2016.....	51
Tabela 4: Distribuição dos entrevistados em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas, de acordo com a idade, orientação sexual, estado civil e religião, Santo André – SP, 2016.....	54
Tabela 5: Características relacionadas à vulnerabilidade individual de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016	55
Tabela 6: Características relacionadas à vulnerabilidade social de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016.....	56
Tabela 7: Características relacionadas à vulnerabilidade programática de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016	57

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARMI	Ambulatório de Referência para Moléstias Infecciosas
ARV's	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina ou azidotimidina
CAPS	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD4	Moléculas do Grupamento de Diferenciação 4 das Células T
CEAT/VIH	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CVP	Cópias Virais no sangue Periférico
EE-USP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	United States of America – Estados Unidos da América
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy – Terapia Antirretroviral de Alta Atividade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/aids
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SBDST	Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	EPIDEMIOLOGIA HIV/AIDS	21
1.1.1	Mundial.....	21
1.1.2	No Brasil.....	23
1.1.3	No Estado de São Paulo	24
1.2	ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO	25
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	REFERENCIAL TEÓRICO	32
3.1	VULNERABILIDADE.....	33
3.2	ADESÃO AO TRATAMENTO	35
4	MÉTODO	38
4.1	LOCAL DO ESTUDO	39
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	42
4.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO	43
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.5	COLETA DE DADOS	46
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	47
5	RESULTADOS	48
6	DISCUSSÃO	58
7	CONCLUSÃO	70
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	87
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
APÊNDICE – B INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENTREVISTADOS	89
ANEXOS	91
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH, VERSÃO PORTUGUÊS ADAPTADO [BRASIL])	92
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA	95
ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	99

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1980, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “Sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis jirovesi* e comprometimento do sistema imune, manifestações estas que hoje sabemos são características típicas da aids (Pinto, Pinheiro, Vieira, Alves 2007).

A aids é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), adquirido, principalmente, por via sexual (sexo desprotegido) e sanguínea ou por meio de acidentes por objetos perfuro-cortantes contaminados (Brasil, 2006). O seu período de incubação é variável e pode levar anos para o aparecimento dos primeiros sintomas (Canini, Reis, Pereira, Gir, Pelá 2004).

O HIV pertence ao grupo dos retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva, devido ao declínio dos níveis de moléculas do grupamento de diferenciação 4 das células T (Linfócitos T CD4+). Os linfócitos T CD4+ são células de defesa que memorizam, reconhecem e destroem os microrganismos estranhos que entram no corpo humano. Essas células estão entre os principais alvos do HIV, que se liga a molécula CD4+ da membrana do linfócito, penetrando no seu interior para se multiplicar e alterar a capacidade de defesa. Dessa forma, tornando o corpo vulnerável à infecção, sendo que quanto menor for o índice desses, maior o risco de o indivíduo desenvolver aids (Brasil, 2006).

A imunossupressão severa é fator característico para aids. Isso é o que permite o aparecimento de inúmeras infecções oportunistas. Valores de Linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³ são considerados normais, valores um pouco abaixo estão relacionados à infecções oportunistas bacterianas e com a progressão dos sintomas (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna e fadiga), diarreia crônica, alterações neurológicas os valores de LT CD4+ diminuem para 200 a 300 células/mm³. A candidíase oral é também utilizada

como um marcador clínico precoce de imunodepressão grave (Colombrini, Lopes, de Figueiredo, 2006).

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2013a), a manifestação de infecções oportunistas e neoplasias são definidoras da aids, sendo que a ficha de notificação/investigação de aids do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (Brasil, 2004), destaca: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, pneumonia por *P. carinii*, criptococose extrapulmonar, criptosporidiose intestinal crônica, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus, além das neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, Linfoma primário do cérebro, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.

1.1 EPIDEMIOLOGIA HIV/AIDS

1.1.1 Mundial

A epidemia do HIV/aids representa um importante problema de saúde pública e de grandes proporções. É considerada o maior desafio enfrentado pela saúde pública nas últimas décadas e reconhecida em 2001 pelas Nações Unidas como uma crise global sem precedentes (Brasil, 2007).

O relatório sobre a incidência do HIV na população mundial publicado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) sobre HIV/aids revela que mais de 35 milhões de pessoas vivem atualmente com HIV em todo o mundo. Durante esses mais de 30 anos de epidemia foram registrados mais de 35 milhões de óbitos em todo o mundo por conta da doença. Isso revela que a aids continua tendo um forte impacto na saúde pública, sendo considerada a quinta principal causa de morte entre adultos e a principal causa de morte entre mulheres de 15 e 49 anos (UNAIDS, 2012).

Embora em grande parte do mundo o número de pessoas infectadas com HIV continua a diminuir, a incidência ainda é muito alta. De acordo com os dados publicados pelo UNAIDS, em relação ao panorama mundial da epidemia do HIV

entre os anos de 2000 a 2014, estima-se que na África Subsaariana foram 1,4 milhões de novas infecções pelo HIV em 2014, o que representa uma queda de 41% (2,3 milhões - 1,4 milhões). No Caribe, apresenta uma diminuição de mais da metade (27mil - 13mil), na América Latina, as novas infecções pelo HIV em 2014 foram 17% menor do que em 2000, observa-se também que as taxas foram reduzidas em 31% na Ásia e no Pacífico (500mil – 340mil), na Europa Ocidental e Central e América manteve-se estável desde 2000 (87mil – 85mil). Ao contrário do observado no Oriente Médio e Norte da África, onde o número estimado de pessoas que contraíram o HIV aumentou 26% entre 2000 e 2014 (18mil – 22mil) e na Europa Oriental e na Ásia Central, as novas infecções aumentaram 30% (100mil – 140mil) (UNAIDS, 2015).

A resposta global ao HIV tem impedido mais de 30 milhões de novas infecções e quase 8 milhões (7,8 milhões) de mortes relacionadas à aids desde 2000, grande parte dessa conquista está relacionada ao desenvolvimento da terapia antirretroviral. Garantir o acesso ao tratamento para 15,8 milhões pessoas era uma conquista considerada impossível há 15 anos.

Em 2000, menos de 1% das pessoas que vivem com o HIV em países de baixa e média renda, tiveram acesso a tratamento. Em 2014, a cobertura global de pessoas que recebem tratamento antirretroviral foi de 40%, porém o HIV continua a mostrar drasticamente as desigualdades no mundo. Acelerar a resposta à aids nesses países poderiam evitar 28 milhões de novas infecções e 21 milhões de mortes relacionadas aids entre 2015 e 2030, além de uma economia de 24 bilhões de dólares por ano em custos (UNAIDS, 2015).

No de 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança a proposta conhecida como meta 90 90 90. É uma proposta ambiciosa de tratamento em âmbito global que visa contribuir para o fim da epidemia, tal meta almeja que até 2020, 90% de todas as PVHA saberão seu estado sorológico, que após diagnosticadas 90% receberão TARV ininterruptamente e 90% terão supressão viral. A estratégia busca não apenas a melhoria da qualidade e expectativa de vida das PVHA, mas também uma forma de diminuir a transmissão, sendo que um dos objetivos é a supressão viral por meio do tratamento (UNAIDS, 2015).

A próxima fase da resposta à aids, considerada prioridade para os próximos 15 anos, levará em conta a oportunidade de testes, ampliação da oferta de tratamento e a proposta de acabar com a epidemia até 2030.

1.1.2 No Brasil

Até junho de 2016, a taxa de detecção de aids foi estabilizada em 20,7 casos a cada 100 mil habitantes. Isso representa a menor taxa de detecção nos últimos 12 anos e a maior queda anual de detecção de novos casos (Brasil, 2016).

A epidemia de aids é considerada concentrada. Isso significa que, apesar de apresentar uma prevalência do HIV baixa na população em geral (0,4%) – relação entre o número de pessoas infectadas e a população geral, em alguns grupos prioritários - homens que fazem sexo com homens, gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas – ela pode ser maior que 10% (Brasil, 2013b).

Estima-se que, em todo o país, cerca de 112 mil (13,5%) pessoas não sabem de sua condição sorológica. Para acessar essas pessoas, o MS tem investido na ampliação da testagem por meio do projeto de mobilização “Fique Sabendo”, que incentiva e promove a realização do teste de aids, conscientizando a população sobre a importância da realização do exame. Atualmente, no País, 345 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) disponibilizam o teste rápido de HIV, além de oferecer aconselhamento sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e qualidade de vida, além das maternidades públicas e dos serviços especializados. Cerca de 60% das Unidades Básicas de Saúde (UBS), também, oferecem o teste rápido (Brasil, 2016).

Em nosso país, existem hoje pelo menos quatro sistemas com informações que possibilitam avaliar a Aids: o SINAN; o Sistema de Informação de mortalidade (SIM); o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM).

No ano de 2015, do total de 39.113 casos registrados, 56,3% são oriundos do SINAN, 7,4% do SIM e 36,3% do SISCEL/SICLOM. Se considerarmos a série histórica de 2000 a 2016, do total de 634.051 casos registrados, somente 70,3% são oriundos do SINAN, estima-se que esses números sejam ainda maiores, considerando o fato das subnotificações (Brasil, 2016).

De acordo com o último boletim epidemiológico HIV/aids, do Ministério da Saúde, do início da epidemia até junho de 2016, foram registrados 136.945 casos de infecção pelo HIV, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%). De acordo com o SINAN, 92.142 casos em homens e 44.766 casos em mulheres e a razão de sexos. Para o ano de 2015, foi de 2,4 e, verifica-se que 50,4% dos casos tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual. Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual. No que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,3% dos casos, entre os homens, em 2015 (Brasil, 2016),

Vale ressaltar que a notificação compulsória da infecção pelo HIV é relativamente recente (2007) em relação ao início da epidemia e considerar os casos que são subnotificados no SINAN, o que dificulta uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil.

1.1.3 No Estado de São Paulo

O primeiro caso da doença no Brasil ocorreu no Município de São Paulo no ano de 1980. Contudo, sem ter sido nomeado cientificamente o que ocorreu somente dois anos mais tarde (Teodorescu, Teixeira, 2015).

Levantamento realizado em 2013 pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), em parceria com o Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria Estadual da Saúde, buscou-se traçar o perfil do contingente de Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) no

estado. Os dados revelaram que a cada mil residentes no estado de São Paulo, 2,5 são portadores do vírus HIV e 75% já convivem com a aids por 12 anos, sendo tal relação de 3,3 casos na população masculina e 1,8 na feminina. O relatório ainda aponta que, de 226.703 pessoas que tiveram Aids no estado, 106.817 estavam vivas em janeiro de 2013. Grande parte tem idade entre 45 a 49 anos: 12%. As mulheres de 40 a 44 anos concentram 7% desse total. Idosos, com 60 anos ou mais, representam 8%, enquanto adolescentes, entre 10 e 19 anos, são 2,5% dessa população (SEADE, 2015).

De acordo com o último boletim epidemiológico HIV/aids do Ministério da Saúde, o estado de São Paulo já registrou por meio do SINAN, 53.130 casos de HIV/aids de 2007 até junho de 2016 (Brasil, 2016).

1.2 ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

A terapia antirretroviral (TARV) é usada para tratamento e tentativa de eliminação do retrovírus do organismo humano. Essa nomenclatura é utilizada para descrever o tratamento contra o HIV. Dessa forma, o principal objetivo da TARV é, por meio da inibição da replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida das PVHA (Marins, 2009).

Desde o surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, buscou-se definir critérios para início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para Aids e óbito.

Em 1989, a sobrevivência dos pacientes portadores do HIV era de apenas cinco meses, aumentando para dez meses em 1995 e, 58 meses em 1996 (Paiva, Latorre, Gravato, Lacerda, 2002).

Desde então, o tratamento sofreu grandes modificações. Os primeiros casos recebiam cuidados paliativos ou medicamentos para o controle das complicações infecciosas. No início da década de 90, foi utilizada a monoterapia com a zidovudina ou azidotimidina (AZT) que é um fármaco antiviral, inibidor da transcriptase reversa, seguida da terapia dupla. Tais condutas cederam lugar, a

partir de 1996, ao uso da TARV potente com a combinação de três ou mais medicamentos (Brasil, 2009).

Com os avanços da TARV e com a disponibilização gratuita e universal dos medicamentos, no Brasil, em 1996, ocorreu uma mudança importante nos rumos da epidemia da Aids, (Brasil, 2014),

Mediante a terapia antirretroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), foi possível alcançar êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. Constatou-se, a diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por aids (Baer, 2002; Guarnieri, 2002; Wu, Ammassari, Antinori, 2002).

No Brasil, isso se refletiu, principalmente, na diminuição da taxa de mortalidade de 6,7 em 1998, para 1,9 em 2014 (Brasil, 2014). Sabe-se, ainda, que os medicamentos utilizados para tratar as pessoas infectadas com o HIV, contribuem para reduzir a transmissão do vírus e uma redução acentuada das neoplasias relacionadas à aids (Brasil, 2013b).

Os protocolos sobre TARV foram primeiramente publicados pela OMS em 2002, resumidos e simplificados em 2003 e atualizados em 2006. Nesta última versão foi sugerido que os portadores do vírus iniciassem o tratamento assim que seus níveis de células T CD4+ fossem iguais ou inferiores a 200 células/ mm³ de sangue (Medical Journal, 2009).

Esses avanços levaram à diminuição da morbidade e da mortalidade por aids, como mostrou um estudo populacional que apontou melhora na sobrevivência das PVHA, com uma expectativa mediana de vida de 32,5 anos desde o momento em que começam o tratamento (Lohse, Hansen, Pedersen, Kronborg, Gerstoft, Sorensen, et al., 2007).

Essa diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por aids pode ser melhor visualizada em um estudo de corte colaborativa da Europa, Austrália e Canadá (The CASCADE Collaboration) que incluiu 5.527 pacientes virgens de TARV, com LT-CD4+ entre 350 e 499 células/mm³. Isso mostrou uma redução significativa do número de óbitos entre os pacientes que começaram tratamento nessa faixa e uma tendência à diminuição do risco de doença

definidora de Aids, em relação a outro grupo de pacientes, que esperaram para iniciar a TARV quando os valores baixaram para menos de 350 células/mm³ (Pillay, Bhaskaran, Jurriaans, Prins, Masquelier, Dabiset al., 2006).

Dieffernbach e Fauci (2009) demonstraram que a estratégia de promover o diagnóstico precoce e o início do tratamento com TARV nestes pacientes têm diminuído a incidência do HIV em outros contextos.

O tratamento de PVHA como medida de prevenção requer não somente o diagnóstico oportuno da infecção, como também o investimento na melhoria do cuidado contínuo desses indivíduos (Brasil, 2013a).

O aumento da oportunidade do diagnóstico precoce e a expansão do tratamento como forma de prevenção são algumas das ações desenvolvidas no país e que foram destacadas no Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e aids (Brasil, 2014).

A nova diretriz da OMS, baseada nesses achados, recomenda a TARV para todos os pacientes com HIV, inclusive grávidas, independente da presença ou ausência de sintomas da doença (Brasil, 2013a). O MS destaca que evidências demonstram o benefício da TARV em pessoas com aids ou com outros sintomas relacionados à imunodeficiência provocada pelo HIV e em indivíduos assintomáticos com contagem de LT-CD4+ inferior a 350 células/mm³. Por esse motivo, a nova recomendação é que todas as PVHA, independentemente da contagem de LT-CD4+ devem ser estimuladas ao início imediato, na perspectiva de redução da transmissibilidade e melhor prognóstico. Esta nova diretriz tem como base que o início precoce da TARV estimula o sistema imune, diminui o risco de mortalidade e morbidade associadas ao HIV e, também, reduz o risco de transmissão de HIV e tuberculose (Brasil, 2014).

A OMS tem utilizado essas medidas como exemplo, enfatizando que a adoção do novo protocolo melhorou a saúde das PVHA no País e que a supressão de carga viral se manteve estabilizada entre 2013 e 2014. Estendeu ainda, essa recomendação aos demais países, (SBDST, 2015), evitando cerca de 3 milhões de mortes relacionadas com a aids e 3,5 milhões de novas infecções pelo HIV (OMS, 2013).

Nesse sentido, no Brasil, o MS desde dezembro de 2013 adotou a medida “testar e tratar” como política de tratamento, após a edição do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, passando a tratar todos os indivíduos uma vez que conheçam o estado sorológico, independentemente do valor da contagem de LT-CD4 (SBDST, 2015).

Vale salientar que apenas esses dois fatores não implicam em redução da transmissão atrelada à adesão ao tratamento, pois vários fatores podem influenciar na adesão e podem estar relacionados ao paciente, à doença, ao contexto social e familiar, ao serviço de saúde e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (Cramer, 1991).

Os avanços científicos, tecnológicos e pesquisas, têm possibilitado conhecer cada vez mais o HIV. O diagnóstico precoce e o controle do vírus no organismo por meio da TARV contribuíram para a cronicidade do HIV/aids. Contudo, o uso contínuo de medicamentos decorrente de uma doença crônica, promove alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptação.

A despeito desses avanços no tratamento do HIV/aids, verifica-se que tem ocorrido aumento de casos novos de portadores do vírus, de sua recrudescência, de portadores de cepas virais resistentes. Isso leva a investigar o que ocorre com os indivíduos, diagnosticados e encaminhados ao tratamento.

Diante do cenário da epidemia do HIV e buscando a compreensão das dinâmicas sociais e culturais das pessoas que vivenciam contextos de vulnerabilidade à infecção, despertou-me o interesse em conhecer a adesão à terapia antirretroviral entre pessoas que iniciaram o tratamento precocemente.

O desenvolvimento desse estudo é justificável pelo fato da adesão a TARV ser considerado prioridade nas atividades de assistência e controle da epidemia de aids, sendo necessário que os serviços de saúde priorizem as avaliações acerca dos níveis de adesão ao tratamento, bem como a sua efetividade.

Além da adesão a TARV, implicar na saúde individual do portador está diretamente associada ao potencial de transmissão da infecção em âmbito coletivo. Portanto, conhecer os fatores relacionados à adesão ou não adesão a TARV, permitirá aos profissionais tanto de enfermagem quanto da equipe

multidisciplinar estabelecer estratégias de cuidado individual e coletivo, levando em consideração a complexidade do tema em busca de subsídios para alcançar ações entre o serviço e os indivíduos com vistas à melhoria da qualidade e expectativa de vida.

Diante de todas as questões que envolvem a TARV e baseados na nova diretriz da OMS sobre o início da terapia, as perspectivas de continuidade do tratamento em pacientes assintomáticos com diagnóstico recente ou não, surgiu uma inquietação que nos levou a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a adesão à TARV em pacientes portadores do HIV que iniciaram o tratamento precocemente e quais fatores levam a adesão ou não adesão?**

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ➔ Verificar a adesão de pacientes com HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral (TARV).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ➔ Descrever as características sociodemográficas das pessoas em uso de TARV;
- ➔ Identificar os determinantes da adesão a TARV;
- ➔ Verificar os pressupostos da vulnerabilidade na adesão a TARV.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Mais do que uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), a aids se apresenta como uma doença ligada à invisibilidade, à escuridão e aos preconceitos da sociedade (Calazans, 2011). É importante considerar as condições estruturais que determinam o fato de as pessoas terem maiores chances de se exporem ao vírus ou menores chances de se defenderem dele (Ayres, França Junior e Calazans 1999).

A adoção de comportamentos se dá em contextos bastante estruturados de determinações e condições contextuais, de forma que não há sempre e a cada momento a gama de comportamentos disponíveis em uma dada sociedade (Calazans, 2011).

O uso do termo vulnerabilidade nos permite traduzir a complexidade em relação aos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por Aids (Mann, Tarantola, Netter, 1992).

3.1 VULNERABILIDADE

O conceito vulnerabilidade é usualmente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde. Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento (Bertolozzi, Nichiata, Takahashi, Ciosak, Val, Guanillo et. al., 2009).

Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos, o termo Vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania (Mann, Tarantola, Netter, 1992).

Paulilo e Jeolás (2000), ao conceituar a vulnerabilidade em relação à infecção pelo vírus do HIV, informa fala que biologicamente qualquer indivíduo

está sujeito a contrair o vírus, no âmbito socioeconômico o risco é variável e, coloca ainda, que a vulnerabilidade não é condição intrínseca e incontestável, de outro modo refere-se a situações e contextos sociais e individuais articulados.

O termo surgiu com a necessidade de substituição das noções de grupos de risco que estavam associadas a ideias rotuladoras. Elas geravam e reproduziam preconceito e estigma no início da epidemia, levando a ideia equivalente a comportamento de risco. Nesse sentido, o foco era direcionado aos aspectos comportamentais individuais da prevenção, em detrimento de características relacionadas à construção social e cultural da epidemia (Garcia, Souza 2010).

O marco conceitual proposto por Ayres, França Junior e Calazans (1999) analisa a vulnerabilidade no contexto da epidemia do HIV/Aids em três dimensões: vulnerabilidade social, vulnerabilidade individual e vulnerabilidade programática, descritas a seguir, onde podemos observar que cada uma destas categorias possui uma estrutura formada por diversos fatores de vulnerabilidade:

No eixo da vulnerabilidade social, pode-se fazer uma análise contextualizada, levando em conta fatores como influência cultural e códigos culturais, discriminação, noção de cidadania e de direitos, em especial, os direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual, formações das redes sociais, condições socioeconômicas, etc.

Para a análise do eixo individual, pode-se considerar desde fatores cognitivos, subjetivos, emocionais, comportamentais, história de vida, etc.

Na vulnerabilidade programática leva-se em conta as políticas sociais e de saúde disponíveis, ou seja, os investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas, o acesso dos indivíduos e populações aos serviços de saúde e serviços sociais de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; fatores que além de contribuir para a adesão ao tratamento, também, podem facilitar ou dificultar sua proteção em relação à infecção por HIV ou adoecimento por Aids.

A partir do marco teórico-conceitual da vulnerabilidade anteriormente citado, torna-se possível compreender que a susceptibilidade das pessoas e populações às doenças ou agravos não é produto apenas das decisões individuais, mas fruto da intensa dinâmica social. Nessa perspectiva, o processo de vulnerabilização das pessoas à Aids pode ser compreendido por meio da análise do entrecruzamento entre relações intersubjetivas e condições estruturais, como por exemplo, por meio do entendimento das relações de gênero e das desigualdades pautadas por diferenças sociais.

Portanto, para interpretação, compreensão e estruturação das análises do fenômeno estudado será utilizado o referencial teórico da vulnerabilidade na perspectiva dos conceitos de vulnerabilidade de Ayres, França Junior e Calazans (1999) adaptado de Mann, Tarantola e Netter (1996) para o contexto da epidemia no Brasil, por se tratar de um conceito importante e pertinente no contexto da epidemia do HIV e Aids.

3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

A cronicidade da aids, após introdução da TARV, trouxe uma mudança de valores, crenças, hábitos e conhecimentos, tanto individuais quanto coletivos das PVHA. A cultura em que relacionava o portador do HIV com o portador de um estigma social, marginalizado, desacreditado e mais próximo à morte, sofre uma transformação para uma cultura que vislumbra esse portador como um portador de doença crônica, assim como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial dentre outras doenças crônicas já conhecidas (Seffner, 1995).

A noção de doença apresenta variações culturais significativas mesmo dentro de uma mesma cultura, podendo variar de um segmento cultural para outro. Nas diferentes culturas, a percepção do paciente em relação a doença, ao tratamento e suas repercussões, assume moldes inesperados e diversificados e pode influenciar o seguimento ou não do tratamento proposto (Langdon, Wiik, 2010).

A adesão a tratamentos crônicos pode ser definida com o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde (Haynes, 1979), (Rand 2003).

Pierin, Strelec e Mion (2004) definem a adesão como um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos.

Embora muitos pesquisadores atribuam o termo adesão ao tratamento como adesão à medicação, a compreensão desse conceito deve ser ampliada, levando em consideração que muitos outros comportamentos relacionados à saúde vão além do seguimento de uma prescrição médica e ingestão de medicamentos estando relacionada também a muitos outros fatores como: sistema de saúde, fatores socioeconômicos, fatores individuais, aspectos relacionados à própria doença e ao impacto do tratamento para o indivíduo (Haynes, 1979).

Para Bertolozzi (2001), a adesão não se reduz a uma escolha pessoal, trata-se de um processo que está intimamente associado à vida e depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo.

Para Ilias, Carandina, Marin, (2011), a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que necessita abranger aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e principalmente os comportamentais. Sendo assim, para sua funcionalidade, é necessário desenvolver ações que busquem decisões compartilhadas com corresponsabilização tanto dos indivíduos com o HIV quanto dos profissionais de saúde envolvidos no processo e da rede social.

Nesse sentido, o papel dos profissionais de saúde é de fundamental importância para o esclarecimento sobre a duração, efeitos, necessidade e importância da terapia. Leite e Vasconcelos (2003) reforçam que a aceitação por parte do paciente da sua própria doença pode estar relacionada com a aceitação e o enfrentamento, o que garantirá o segmento da TARV.

A adesão à TARV busca a efetivação dos objetivos clínicos e da finalidade terapêutica. A indicação, prescrição e uso da TARV extrapolam esses objetivos, pois envolvem questões que vão além do prolongamento da vida biológica; abrangem questões que estão na raiz do ser humano, como o medo da morte, da incapacidade, da deformidade, o sofrimento e outras que influem nas relações humanas nucleares como sexualidade, família, paternidade/maternidade, o que reporta a visões, julgamentos e condutas morais (Souza, 2011).

Ao se pensar em adesão à TARV, deve-se ter em vista que uma adesão adequada é imprescindível para que os pacientes não desenvolvam resistência às medicações utilizadas, gerando cepas virais diferenciadas e mais resistentes o que aumentará os problemas de saúde relacionados ao HIV/aids (Ceccato, 2004). Os problemas são preocupantes não só do ponto de vista individual, mas também coletivo, uma vez que o contágio e transmissão de cepas virais resistentes as terapias disponíveis podem se constituir num problema de saúde pública de difícil controle (Sidat, Fairley, Grierson, 2007).

4 MÉTODO

4 MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa, que tem como foco a mensuração do fenômeno estudado pelo emprego tanto da quantificação nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (Richardson, 2011, Gil, 2010).

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Referência para Moléstias Infeciosas (ARMI) do Município de Santo André – SP.

A escolha por desenvolver a pesquisa neste município foi por ter um serviço bem estruturado e pelo fato do pesquisador ter atuado como profissional por cinco anos na região, o que permitiu maior acesso ao ambulatório.

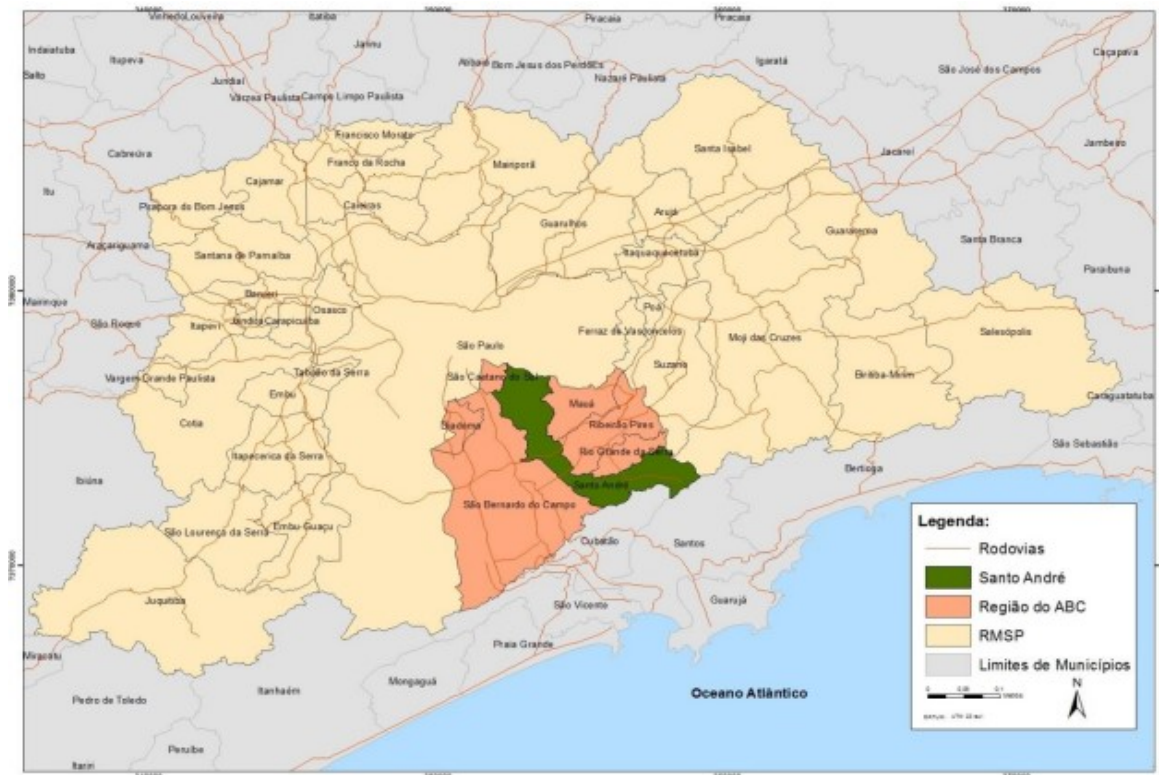
Santo André está a 18 km da capital paulista e integra a região do grande ABC, localizada na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), entre o Planalto Paulista e a escarpa da Serra do Mar e possui uma área de 174,38 km², ou 0,07% do território do Estado de São Paulo. (Santo André, 2014). (Figura 1).

De acordo com os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população atual do Município de Santo André tem um número aproximado de 704.942 habitantes distribuídos entre as suas 117 áreas censitárias (IBGE, 2010).

Com o passar das décadas, Santo André tornou-se um polo industrial, o que foi um fator essencial para o seu desenvolvimento, porém, nos últimos anos o município vem mudando suas características, deixando de ter uma face puramente industrial, passando a investir mais no setor de comércios e serviços.

Por ter uma localização privilegiada, cercada de vias importantes que facilitam o deslocamento para municípios vizinhos e acessos para as cidades do litoral sul e baixada santista, tem atraído muitos trabalhadores de outras regiões. A figura 1 mostra a localização de Santo André na RMSP e no ABC.

Figura 1: Localização de Santo André na Região Metropolitana de São Paulo e no ABC



Fonte: PSA. Elaboração: DISE/SOPP/PSA

Esse intenso fluxo de pessoas e facilidades de acessos têm contribuído para o aumento da prostituição no Município e, conseqüentemente, à incidência de IST/aids. Para Oliveira (2002), o desemprego tem sido o principal motivador para o aumento dos profissionais do sexo (prostitutas e travestis) nas ruas. Existem diversos pontos de prostituição, porém os que se destacam são os da Avenida Industrial (mais frequentado por travestis) e da Avenida Dom Pedro II (“garotas de programa”) por apresentar um intenso fluxo de clientes motorizados. Isso leva aos profissionais do sexo a frequentarem essas áreas com a finalidade de terem um número maior de programas sexuais (Argrimani, 2003).

Santo André tem um total de 4.477 casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON de 1980 até junho/2015 no SINAN, de 2000 a junho/2015 no SICEL e de 2000 a 2014 no SIM. O resultado disso, mostra a trajetória da infecção no município desde o início da epidemia na década de 80, conforme mostra a tabela 1. (Brasil, 2015).

Tabela 1: Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico. Santo André – SP, 2015

Casos de AIDS	1980-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Total	2.706	191	191	167	139	180	147	120	165	150	103	88	101	29	4.477
Homens	1.914	112	106	101	90	113	102	83	122	101	82	69	74	26	3.095
Mulheres	792	79	85	66	49	67	45	37	43	49	21	19	27	3	1.382
Menores de 5 anos	51	3	4	1	1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	67
Entre 15 e 24 anos	287	8	16	17	10	9	20	6	18	15	20	5	12	2	445

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais **Notas:** (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2015, SISCEL de 2000 a junho/2015 e SIM de 2000 a 2014; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O ARMI é referência na região para acompanhamento e tratamento das pessoas que vivem com HIV/aids e portadores de hepatites virais (B e C) crônicas, bem como, atendimento às vítimas de violência sexual, acidente de trabalho com material biológico, profilaxia pós-exposição sexual (PEP) e outras moléstias infecciosas.

Segundo dados fornecidos pelo ARMI, em 2015 cerca de 4.000 usuários (portadores de agravos crônicos transmissíveis) estavam em acompanhamento no serviço, destes 1.350 pacientes em uso regular de TARV, 63 em terapia de resgate e 08 em terapia tripla para hepatite C.

O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 h às 17:00 h e compartilha o espaço físico com o Laboratório de Saúde Pública de Santo André (responsável pela realização de diagnóstico da tuberculose), com um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) e com a Unidade de Saúde da Vila Guiomar. Dentre os serviços prestados pelo ambulatório está: o serviço de vigilância epidemiológica, serviço de controle da tuberculose, SAE - Serviço de Atenção Especializada IST/HIV/aids e unidade dispensadora de TARV.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do estudo portadores do HIV submetidos à TARV precocemente matriculados no ARMI. Nesse estudo, o termo precocemente foi empregado aos pacientes que foram submetidos à TARV imediatamente após o diagnóstico, ou antes, de apresentarem a imunodeficiência (aparecimento de infecções oportunistas ou neoplasias definidoras da aids), critérios estes destacados pelos manuais do MS.

A imunodeficiência será indicada pelos valores de linfócitos T CD4+ (infecções oportunistas se manifestam com valores entre 200 a 300 células/mm³ e uma imunossupressão severa e definidora de aids quando está abaixo de 200 células/mm³), sendo avaliado também o número de cópias virais (CVP) no sangue periférico (acima de 10.000-30.000 cópias de RNA/ml). Estes exames fazem parte do acompanhamento das PVHA e são considerados importantes marcadores para monitorização dos pacientes (Brasil, 2006).

A amostra foi composta pelo maior número de participantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Portadores de HIV maiores de 18 anos que faziam acompanhamento ou recebiam os ARV's no ARMI – Santo André, Independente de orientação sexual;
- Ter iniciado o tratamento entre janeiro a dezembro de 2015, com pelo menos três meses antes da entrevista;
- Ter iniciado a TARV imediatamente após o diagnóstico, ou antes de apresentar e deficiência do sistema imunológico (sintomas e/ou alterações de exames laboratoriais);
- Aceitarem participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos do estudo:

- Os que se recusaram a participar do estudo.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Considerando a cronicidade do HIV e os efeitos indesejáveis relacionados à TARV, a adesão ao tratamento é o ponto mais importante a ser considerado para poder alcançar os propósitos terapêuticos. Essa adesão depende de variáveis a que podemos classificar em variáveis dependentes e independentes.

Como variável dependente neste estudo, temos **a adesão à TARV**.

As variáveis independentes, aquelas que podem influenciar na adesão ao tratamento, são as seguintes:

- **Idade**

A idade é um fator que pode influir na escolaridade e maturidade, conseqüente adesão a TARV. Foram consideradas as idades acima de 18 anos.

- **Sexo**

Refere-se ao sexo biológico, isto é, às características biofísicas do respondente e não à sua identidade de gênero. A inclusão dessa variável deu-se em razão da sua importância para a caracterização da amostra, onde será considerada: feminino e masculino.

- **Escolaridade**

Essa variável pode mostrar se o nível de escolaridade tem influência no nível de adesão, considerado dois grupos: os que estudaram 8 anos ou menos e os que estudaram 9 anos ou mais.

- **Estado Civil**

Ao utilizarmos esta variável, buscou-se expandir outras medidas como a definição da classe social dos entrevistados, variando de acordo com a idade e sexo. Acreditamos que o estado civil pode ter influência no nível de adesão ao tratamento.

Neste estudo para buscar significância para os testes estatísticos, devido ao tamanho da amostra, estes foram agrupados, sendo considerado como estado marital.

- **Religião**

Essa variável pode mostra a influência dos grupos religiosos no enfrentamento do diagnóstico e na adesão ao tratamento. Esse item foi coletado de forma aberta e posteriormente agrupada em quatro categorias (católica, evangélica, outras ou nenhuma).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois questionários:

O primeiro, elaborado especialmente para esta pesquisa, composto por duas partes: apreender o perfil dos entrevistados e suas percepções (APÊNDICE B):

Parte 1 – Contendo dados sociodemográficos e as formas de viver e trabalhar.

Parte 2 – Contendo dados relacionados à percepção e compreensão do diagnóstico, prevenção e tratamento das IST's/aids e das práticas sexuais de risco.

O segundo instrumento: “**Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids**” (CEAT – VIH), autoaplicável, inicialmente desenvolvido por Remor (2002) e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007), que tem como objetivo identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral e tem um caráter multidimensional, pois abrange os principais fatores que podem modular o comportamento da adesão em relação ao tratamento (ANEXO 1).

A Versão brasileira do CEAT-VIH é constituída por 20 questões que incluem as seguintes dimensões: conformidade com o tratamento, fatores que modulam a adesão ao tratamento, interação entre o profissional e paciente, as crenças do paciente relacionadas ao esforço e do tempo que implica no cumprimento do tratamento, a avaliação da gravidade dos efeitos colaterais, o grau de informações sobre os antirretrovirais, o grau de satisfação em tomar os medicamentos, a percepção de melhoria da saúde e a utilização de estratégias que os lembrem de tomar os medicamentos (Remor, Milner-Moskovics e Preussler; 2007).

Estudos prévios realizados em diversos países como Brasil, Chile, Colômbia, México, Panamá, Peru, Portugal, Porto Rico, Roménia e Espanha, mostraram a utilidade desse instrumento (Remor, 2013).

Uma revisão sistemática buscando avaliar as propriedades psicométricas do CEAT-VIH e a utilidade da aplicação do instrumento por pesquisadores e profissionais entre os anos de 2001 a 2012, encontrou 48 publicações, onde 20 compreendiam dados originais que indicaram evidência de validade e confiabilidade, revelando que o instrumento tem sido bastante utilizado entre diferentes amostras, populações e países (Remor, 2013).

Para classificação de adesão a TARV, as respostas de todas as questões foram somadas de forma que a adesão ao tratamento foi diretamente proporcional à maior pontuação.

A pontuação total de todos os itens varia do valor mínimo de 17 e o máximo de 89. Assim, são considerados como não aderentes os pacientes que obtiveram pontuação **menor ou igual à 76** (Remor, Milner-Moskovics e Preussler, 2007).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2016. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador no **ARMI** de acordo com a disponibilidade dos usuários com duração média de 15 minutos.

Não houve possibilidade de agendamento prévio para as entrevistas, por determinação da direção do estabelecimento.

Os usuários foram convidados a participar do estudo após abordagem do pesquisador, quando da dispensação dos medicamentos na Farmácia do ambulatório (momento em que houve uma maior captação), enquanto aguardavam a consulta médica ou coleta de exames laboratoriais.

Foi assegurado que os usuários tivessem um ambiente privativo, para que os mesmos sentissem confortáveis para a entrevista e não houvesse interferência nas respostas dos questionários.

Todos os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a sua leitura (APÊNDICE A).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a construção do banco de dados foi utilizado o programa Excel® e para o processamento e análise de dados o pacote estatístico Stata 13®, a partir do qual, foram construídas tabelas dos principais resultados que foram apresentados em frequência absoluta e percentual.

As variáveis foram analisadas por meio de frequência absoluta e relativa (frequência simples, média e desvio padrão) e de acordo com os resultados, o teste do Qui-quadrado de Pearson.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às exigências da Resolução 466/2012 (Brasil, 2013c), referente à pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) sob protocolo nº 1.596.345 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Santo André instituição coparticipante sob protocolo nº 1.628.835 (ANEXO 3).

Como parte da documentação prevista na referida resolução foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem simples, clara e objetiva para os usuários do serviço, informando-lhes sobre os objetivos da pesquisa, finalidade da investigação, os procedimentos, riscos, benefícios, garantia do anonimato e respeito ao desejo de participar ou não do estudo. Além da liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso pudesse causar qualquer tipo de prejuízo no atendimento na unidade (APÊNDICE A).

Foi esclarecido ainda que, os dados coletados seriam utilizados somente para a pesquisa, e os resultados poderiam ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou eventos científicos, sempre resguardando a identidade dos participantes.

O termo foi elaborado e assinado em duas vias, onde uma ficou com o participante e outra com o pesquisador.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

No ano de 2015, iniciaram a TARV no Ambulatório de Moléstias Infecciosas do Município de Santo André – SP, 217 portadores de HIV, porém, 50 não estavam notificados, 64 foram notificados como aids e considerando aos critérios de inclusão, obteve-se um total de 74 pacientes elegíveis para a pesquisa. Destes 21 foram excluídos, devido a:

- a) 12 usuários não compareceram ao serviço;
- b) Seis alegaram desinteresse em participar do estudo.
- c) Dois usuários foram transferidos para outro serviço, devido mudança de domicílio (estado).
- d) Um usuário fez a ficha de dispensação de ARV's, porém não retirou os medicamentos.

Portanto, restaram 24,42% da população inicial, ou seja 53 adultos em uso regular de TARV, que foram entrevistados e os resultados serão apresentados a seguir.

Para facilidade de abordagem, os dados serão analisados em dois grupos considerando o foco do trabalho: os aderentes e os não aderentes à TARV e apresentados em três tópicos: **caracterização da população de estudo, caracterização da adesão ao tratamento e contextualização da vulnerabilidade a não adesão.**

A. Caracterização da população de estudo

A idade dos usuários entrevistados variou de 18 a mais de 60 anos, para ambos os grupos, sendo que um percentual expressivo de 71,7% (38) tinha idade entre 25 e 44 anos, sendo idade média 35,15, \pm 12,28. A maioria, ou seja, 83,0% (44) eram do sexo masculino, dos quais 35 (81,3%) aderiram ao tratamento. As mulheres, ainda que em número reduzido, mostraram maior adesão ao tratamento (88,9%). Em ambos os grupos, prevaleceu a cor branca com 54,7% (29), porém esta proporção foi maior (77,8%) nos não aderentes (Tabela 2).

Quanto ao estado marital verificou-se maior número 69,8% (37) nos dois grupos de indivíduos que não possuíam companheiros, semelhantes no grupo de aderentes 69,7% (30) e nos não aderentes 70,0% (7), apontando que o estado marital não teve influência na adesão (Tabela 2).

Conforme mostra a Tabela 2, os entrevistados, em sua maioria 77,4% (41) declararam possuir oito anos ou mais de estudos. Para os aderentes, teve-se 79,0% (34), dados semelhantes ao grupo dos não aderentes com 70,0% (7), mostrando que o grupo tem alto grau de escolaridade.

Em relação a religião, o maior número de usuários de terapia antirretroviral 41,5% (22) estava no grupo dos que se diziam católicos e a proporção foi semelhante para os aderentes 41,9% (18) e não aderentes 40,0% (4) e nestes, foram encontrados proporção semelhante de evangélicos 40% (4) (tabela 2).

Tabela 2: Características sociais dos usuários de terapia antirretroviral segundo idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade e religião. Santo André – SP, 2016

Variáveis	Aderência				Total	
	Sim	%	Não	%	N	%
Idade						
18 a 24	5	11,6	2	20,0	7	13,2
25 a 44	31	72,1	7	70,0	38	71,7
45 a 60	5	11,6	0	0	5	9,4
Acima de 60	2	4,6	1	10,0	3	5,7
Sexo						
Masculino	35	81,3	9	90,0	44	83,0
Feminino	8	18,6	1	10,0	9	17,0
Cor da Pele						
Branca	22	51,2	7	70,0	29	54,7
Negra	13	30,2	3	30,0	16	30,2
Parda	8	18,6	0	0	8	15,1
Estado Marital						
Com companheiro (a)	13	30,2	3	30,0	16	30,1
Sem companheiro (a)	30	69,8	7	70,0	37	69,9
Escolaridade						
≤ 8 anos	9	20,9	3	30,0	12	22,6
≥ 9 anos	34	79,0	7	70,0	41	77,4
Religião						
Católica	18	41,9	4	40,0	22	41,5
Evangélica	10	23,2	4	40,0	14	26,4
Outra	6	13,9	1	10,0	7	13,2
Nenhuma	9	20,9	1	10,0	10	18,9
Total	43	100	10	100	53	100

Dos 53 entrevistados, 56,4% (30) possuíam moradia própria, sendo que a frequência maior 70,0% (7) estava entre os não aderentes. Quanto ao compartilhamento da moradia, poucos viviam sozinhos 13,2% (7), principalmente entre os aderentes. Destes 25,6% (11) relataram morar com mais duas pessoas e 65,1% (28) moravam com familiares. Destaca-se que os que moravam com a família foram os que mais aderiram ao tratamento, como mostra a Tabela 3.

Verificou-se que o trabalho, assim como o registro em carteira, não influenciou a adesão ao tratamento como consta na Tabela 3. Ainda que para os dois grupos a situação de estarem trabalhando tenha sido semelhante, a ausência de registro em carteira foi maior no grupo dos aderentes 58,1% (25), denotando um trabalho informal.

Quanto a ocupação sobressaiu, para os dois grupos, aqueles que atuavam no comércio 34,0% (33), na área administrativa e como autônomos, ambos com 24,5% (13). Houve ainda, baixa casuística em estudantes 5,7% (7). Verificou-se ainda que premissa apontada no início da pesquisa, como uma região onde a prostituição era elevada, não refletiu nesta população, no qual apenas 3,8% (2) se identificaram como profissionais do sexo, sendo uma para cada grupo (Tabela 3).

A renda salarial foi semelhante em ambos os grupos e, também, não mostrou diferença em termos de adesão. Chamou atenção que nos dois grupos, quase a metade 47,1% (25) recebiam acima de três salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 3: Características dos usuários de terapia antirretroviral sociais segundo situação de moradia, trabalho, profissão e renda familiar. Santo André – SP, 2016

Variáveis	Aderência				Total	
	Sim	%	Não	%	N	%
Situação de moradia						
Própria	23	53,4	7	70,0	30	56,6
Alugada	15	34,9	3	30,0	18	34,0
Mora com Parentes ou amigos	5	11,6	0	0	5	9,4
Quantas pessoas moram junto						
Sozinho (a)	5	11,6	2	20,0	7	13,2
1 pessoa	7	16,2	2	20,0	9	17,0
2 pessoas	11	25,6	1	10,0	12	22,6
3 pessoas	8	18,6	3	30,0	11	20,7
4 pessoas	5	11,6	2	20,0	7	13,2
5 pessoas ou mais	7	16,3	0	0	7	13,2

(continua)

(continuação)

Variáveis	Aderência				Total	
	Sim	%	Não	%	N	%
Com quem mora						
Sozinho (a)	5	11,6	2	20,0	7	13,2
Com companheiro (a)	10	23,2	4	40	14	26,4
Familiares	28	65,1	4	40	32	60,4
Situação de trabalho						
Sim	30	69,8	7	70,0	37	69,8
Não	13	30,2%	3	30,0	16	30,2
Registro em Carteira						
Sim	18	41,9	5	50,0	23	43,4
Não	25	58,1	5	50,0	30	56,6
Profissão/Ocupação						
Autônomo	11	25,6	2	20,0	13	24,5
Administrativa	11	25,6	2	20,0	13	24,5
Educação	3	7,0	1	10,0	4	7,5
Comércio	15	34,9	3	30,0	18	34,0
Estudante	2	4,6	1	10,0	3	5,7
Profissional do Sexo	1	2,3	1	10,0	2	3,8
Renda Salarial						
Menos de 1 salário mínimo	3	7,0	0	0	3	5,7
De 1 a 3 salários mínimos	20	46,5	5	50,0	25	47,1
Acima de 3 salários mínimos	20	46,5	5	50,0	25	47,1
Total	43	100%	10	100%	53	100%

(conclusão)

B. A adesão ao tratamento ao HIV

A aplicação do CEAT – VIH permitiu avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids. Mostrou que 81,1% (43) foram classificados como aderentes e 18,9% (10) como não aderentes (Tabela 4).

Buscando evidenciar qual o grupo de indivíduos tinham ou não adesão ao tratamento, considerando a faixa etária, orientação sexual e estado civil, foi elaborada a tabela 4, que confirmou a maior concentração dos entrevistados na faixa etária de 25 a 44 anos de idade e, conseqüentemente os maiores índices de adesão e não adesão, também. A única mulher do grupo dos não aderentes estava nesta faixa.

Verificou-se que, quanto a orientação sexual, o número de heterossexuais e homossexuais foram semelhantes nos dois grupos. Já os bissexuais que totalizaram 13,2% (7) estavam entre os aderentes. Proporcionalmente, houve

mais adesão no grupo de homossexuais, com 51,2% (22) comparando-se com os heterossexuais que tinha, 35,0% (15) de adesão (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas, de acordo com a idade, orientação sexual, estado civil e religião, Santo André – SP, 2016

Variável	Aderentes								Não aderentes								Total
	Masculino n(%)				Feminino n(%)				Masculino n(%)				Feminino n(%)				
	18-24	25-44	45-60	≥60	18-24	25-44	45-60	≥60	18-24	25-44	45-60	≥60	18-24	25-44	45-60	≥60	
Orientação sexual																	
Heterossexual	1(20.0)	5(19.2)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	5(100.0)	2(100.0)	1(100.0)	0(0.0)	3(50.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	20(37.7)
Homossexual	2(40.0)	18(69.2)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	3(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	26(49.1)
Bissexual	2(40.0)	3(11.5)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(13.2)
Estado Civil																	
Solteiro(a)	3(60.0)	19(73,1)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(60.0)	2(100.0)	1(100.0)	2(100.0)	3(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	35(66.0)
Casada (o)	2(40.0)	7(26.9)	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	16(30.2)
Divorciada (o)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.9)
Viúva(o)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.9)
Religião																	
Católica	0(0.0)	13(50.0)	2(66.7)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(100.0)	0(0.0)	2(33.3)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	22(41.5)
Evangélica	1(20.0)	5(19.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(60.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	3(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	14(26.4)
Outra	1(20.0)	4(15.4)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(13.2)
Nenhuma	3(60.0)	4(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(16.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(18.9)
Total	5(14,3)	26(74,2)	3(8.5)	1(2,9)	0(0.0)	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	2(22.2)	6(66.7)	0(0.0)	1(11.1)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	53(100)

C. A adesão e os pressupostos da vulnerabilidade

Considerando os pressupostos da vulnerabilidade, os dados foram analisados com enfoque nas três dimensões: individual, social e programática.

O plano individual, buscou-se evidenciar fatores que predispuham ou não a adesão a TARV. Um dos fatores é o conhecimento, sendo que 56,6% (30) dos entrevistados referiram pouco ou nenhum conhecimento sobre os medicamentos dos quais faziam uso, porém pela aplicação do teste exato de Fisher ($p=0.005$) não houve diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 5).

O fato de abandonar o tratamento por sentir-se melhor, presente no grupo dos não aderentes, mostrou-se altamente significativo, pelo mesmo teste ($p=0.005$), conforme mostra a tabela 5.

Em relação ao uso do preservativo, após o diagnóstico, foi possível constatar que pela aplicação do teste exato de Fisher não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0.424$) entre os grupos. No entanto, mostrou significância ($p=0.005$) para os não aderentes que frequentam ambientes de sexo como saunas ou “casas de massagem” (Tabela 5).

Tabela 5: Características relacionadas à vulnerabilidade individual de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016

Variável	Aderentes N %	Não aderentes N %	Total N %	P
Informação sobre os medicamentos em uso				0.240
Nada, pouco, regular	26 (60,47)	4 (40,0)	30 (56,60)	
Muito, Bastante	17 (39,53)	6 (60,0)	23 (43,40)	
Deixou de tomar a medicação por se sentir melhor				0.005†
Sim	0 (0,0)	3 (30,0)	3 (5,7)	
Não	43 (100,0)	7 (70,0)	50 (94,3)	
Deixou de tomar a medicação por se sentir triste ou deprimido				0.345†
Sim	1 (2,33)	1 (10,0)	2 (3,77)	
Não	42 (97,67)	9 (90,0)	51 (96,23)	
Uso do preservativo pós-diagnóstico				0.424
Sim	35 (81,4)	7 (70,0)	42 (79,2)	
Não	8 (18,6)	3 (30,0)	11 (20,7)	
Frequenta ambientes de sexo				0.005†
Sim	0 (0,0)	3 (30,0)	3 (5,7)	
Não	43 (100,0)	7 (70,0)	50 (94,3)	
Total	43	10	53 (100,0)	

† Teste exato de Fischer

A vulnerabilidade social foi observada quando, apesar de 75,4% (40) dos entrevistados declararem ser residentes do Município de Santo André – SP, um número importante de usuários vieram de outras cidades para realizar acompanhamento no referido ambulatório 24,5% (13). Ainda que o município de origem ofereça o serviço de atendimento as PVHA, observou-se que 30% (3) dos não aderentes referiram residência em outro município (Tabela 6).

Para os portadores do HIV a maior vulnerabilidade ocorre no plano social, que inicia com a omissão do local de moradia, talvez por não querer ser identificados, principalmente entre os não aderentes, da mesma forma o compartilhamento do diagnóstico com a família. Verificou-se que é relevante o número de portadores que não informam a família, ainda que os dados não tenham apontado uma significância estatística. Conforme mostra a Tabela 6, o conhecimento do diagnóstico pela família foi maior no grupo dos aderentes 55,8% (24).

Da mesma forma, o expressivo número de respostas que apontaram que as pessoas do convívio social não sabiam ou apoiavam a sua condição, presente em 100% dos não aderentes, mostrando-se estatisticamente significativa ($p=0,058$). Observa-se, ainda que, um terço dos portadores 26,4% (14) não revelou ao parceiro a condição sorológica, fato mais presente 60% (6) entre os não aderentes mostrando uma diferença significativa ($p=0.014$) (Tabela 6).

Tabela 6: Características relacionadas à vulnerabilidade social de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016

Variável	Aderentes N %	Não aderentes N %	Total N %	p
Local de Moradia				0.655
Santo André	33 (76,74)	7 (70,0)	40 (75,47)	
Outra cidade de São Paulo	10 (23,26)	3(30,0)	13 (24,53)	
Conhecimento da família				0.367
Sim	24 (55,81)	4(40,0)	28 (52,83)	
Não	19 (44,19)	6 (60,0)	25 (47,17)	
Pessoas do convívio social				0.058
Sabem e apoiam	12 (27,9)	0 (0,0)	12 (22,6)	
Não sabem ou não apoiam	31 (72,0)	10 (100,0)	41 (77,4)	
Revela ao parceiro (a)				0.014†
Sim	35 (81,40)	4 (40,0)	39 (73,58)	
Não	8 (18,60)	6 (60,0)	14 (26,42)	
Total	43	10	53 (100,0)	

† Teste exato de Fischer

Quanto a vulnerabilidade programática, verificou-se que a estrutura oferecida aos usuários foi adequada e o teste estatístico aplicado, não apontou resultados significativos (Tabela 7).

A Tabela 7 mostra que 86, 8% (46) dos entrevistados declararam uma boa relação com o médico que os assistem mesmo aqueles classificados como não aderentes referiram uma boa relação 80% (8). Os resultados de exames laboratoriais utilizados como estímulo para a continuidade do tratamento, também, foi apontado de forma positiva tanto pelos indivíduos aderentes como os não aderentes com uma porcentagem de 97,6% (42) e 80% (8) respectivamente.

Ainda que os grupos de apoio as PVHA, sejam considerados programaticamente como importante fator para a adesão ao tratamento, para estes portadores, a frequência a tanto na unidade de saúde como fora dela não mostrou influencia na adesão, visto que apenas 5,6% (3) dos entrevistados frequentaram algum grupo de apoio e não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7: Características relacionadas à vulnerabilidade programática de pacientes em tratamento antirretroviral acompanhados no ambulatório de moléstias infecciosas do município de Santo André – SP, 2016

Variável	Aderentes N %	Não aderentes N %	Total N %	p
Relação com o médico				0.604
Boa/ pode melhorar	38(88,4)	8(80,0)	46(86,8)	
Regular/Ruim	5(11,6)	2(20,0)	7(13,2)	
Uso dos resultados laboratoriais para motivar a continuidade do tratamento				0.088
Sim	42 (97,67)	8 (80,0)	50 (94,34)	
Não, nunca	1 (2,33)	2 (20,0)	3 (5,66)	
Grupo de apoio				0.473
Sim	2(4,6)	1(10,0)	3(5,6)	
Não	41(95,3)	9(90,0)	50(94,3)	
Total	43 (100,0)	10 (100,0)	53 (100,0)	

† Teste exato de Fischer

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Buscando avaliar a adesão dos portadores do HIV que iniciaram precocemente a TARV, a entrevista com 53 pessoas, mostrou que há ainda, um número importante daqueles que não aderem ao tratamento.

O perfil epidemiológico do HIV/aids passou por diversas transformações, no início da epidemia observou-se uma incidência maior em HSH e usuários de drogas. Ainda que a partir de 1990, constatou-se uma transição desse perfil resultando na heterossexualização, feminização, juvenização, pauperização e interiorização da epidemia (Brasil, 2009). O estudo mostrou uma diferença importante na proporção de homens e mulheres que foram entrevistados, numa relação cinco vezes maior.

Apesar das mulheres entrevistadas nessa investigação apresentarem uma maior adesão a TARV, o estudo realizado buscou caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, os comportamentos em saúde, crenças e atitudes sobre a doença e o tratamento de mulheres com HIV/aids atendidas no ambulatório de um hospital universitário. Mostrou que 55% da amostra abandonaram o tratamento alegando como principais motivos os esquemas terapêuticos impostos, os efeitos colaterais dos antirretrovirais, o enfrentamento psicológico da doença e o pesar iminente da morte (Felix, Ceolim, 2012).

Embora de modo geral as recomendações para terapia sejam semelhantes para homens e mulheres, existem peculiaridades inerentes ao sexo feminino que merecem uma atenção especial, como a questão da contracepção, a tolerabilidade a drogas específicas e a adesão (Brites, 2016).

No tocante as características de cor, a maior parte dos entrevistados classificou-se como de cor branca, numa proporção três vezes maior que a parda. Semelhante a encontrada em estudos realizados no estado de São Paulo no qual 64,2% eram brancos e 29,8 % pardos, a mesma proporção encontrada no município de Santo André com 55,9% e 25,4% respectivamente, porém, bem diferente dos encontrados no Brasil, onde havia a mesma proporção entre os brancos e pardos (PNAD, 2015; IBGE 2010; BRASIL, 2016).

A amostra revelou que houve maior número de indivíduos sem companheiros, ainda que este estado marital não tenha influenciado na adesão, pois houve proporção semelhante deste estado entre os aderentes e não aderentes, contrariando outro estudo que mostrou que um dos fatores que interferem na adesão tenha sido os indivíduos sem companheiros (Almeida et al., 2011).

Os indivíduos entrevistados, em sua maioria declararam possuir oito anos ou mais de estudos, sendo maior proporção entre os aderentes. Estudos já têm apontado a influência do nível de escolaridade como contribuição para um maior e melhor acesso de informações sobre a doença e sobre a complexidade do tratamento, (Blatt et al. 2009; Ilias, Carandina, Marin, 2011), que de certa forma poderiam contribuir para esta adesão ao tratamento.

A diferença nesse perfil de alta escolaridade da população estudada em relação a população geral portadora do HIV pode ser explicada pela escolha do local de pesquisa que foi conduzida em um Município do Grande ABC – SP. Este foi caracterizado por ter um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH - 0,815), pois apesar da heterogeneidade da epidemia nos dias atuais, os fatores sociodemográficos influenciam e causam um desnivelamento significativo no conhecimento sobre HIV/aids, desfavorecendo aqueles com piores condições de educação e nível social (Irffi et al. 2010). O que chamou a atenção foi o fato do grupo dos estudantes e dos profissionais do sexo se destacarem como grupos de menor adesão.

Ferreira (2008) reforça que apenas informações sobre o HIV/aids não são suficientes para que uma pessoa adote um comportamento protetor, mas que a falta de informações básicas contribui diretamente para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

A aids, desde seu início, atingiu indivíduos de alto nível educacional e econômico, além de artistas e formadores de opinião. Após anos, passou a atingir camadas mais pobres da sociedade, esse fenômeno ficou conhecido por processo pauperização da epidemia (Bastos, Szwarcwald, 2000). O estudo mostrou que a epidemia continua atingindo populações com maior nível educacional e econômico, o que demonstra uma retomada do perfil inicial.

Buscamos analisar a variável religião por considerar que a reação em face do soro positividade faz com que o portador do HIV utilize estratégias para o seu enfrentamento. Em alguns casos, retoma as suas crenças ou busca algum grupo de apoio religioso, que interferem na adesão ao tratamento.

Quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado para os eventos da vida, como a doença, ele sofre pelo sentimento de vazio e desespero. No entanto, a espiritualidade configura-se como uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, ideal e força, que oferece um referencial positivo para o enfrentamento da doença, e ajuda a suportar os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade (Saad, Medeiros, 2008).

Verificamos que nossa população teve um predomínio dos que se diziam católicos e um número expressivo dos que não possuíam nenhuma, mais frequente nos aderentes. Porém, no grupo dos não aderentes encontra-se um percentual importante para os que se consideravam evangélicos. Acreditar em uma cura baseada na espiritualidade pode estar relacionada a baixa adesão encontrada em participantes desse grupo religioso.

Galvão e Paiva (2011) destacam que as PVHA apresentam expectativas para a cura ainda não existente. Dessa forma, o portador encontra sentido e forças para superar a doença, até que um possível milagre aconteça.

Apesar do crescimento de estudos referentes a essa temática e suas interfaces com a saúde, ainda não há muitas pesquisas acerca da expressão da espiritualidade no viver de PVHA. Ainda que Espírito Santo, Gomes, Oliveira (2013) coloca que a falta de adesão à terapia pode ser caracterizada como uma dificuldade de vivenciar e cultivar a espiritualidade, no que se refere ao não querer mais viver, por outro lado, o exercício da espiritualidade pode trazer consequências negativas associadas a essa adesão, levando ao abandono do tratamento, associado à crença numa possível cura espiritual.

Cardoso e Arruda (2004) discutem que, mesmo sabendo-se que a cura ainda não existe, a crença das pessoas infectadas na cura do HIV é sempre vislumbrada no futuro.

A espiritualidade configura-se como uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, ideal e força. Quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado para os eventos da vida, como a doença, ele sofre pelo sentimento de vazio e desespero. Então, a espiritualidade oferece um referencial positivo para o enfrentamento da doença, e ajuda a suportar os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade (Saad, Medeiros, 2008).

Acreditar em uma cura baseada na espiritualidade pode estar relacionada a baixa adesão encontrada em participantes de um grupo religioso analisado neste estudo.

A associação entre a adesão e a forma de morar, destacou que morar com a família apresenta uma melhor adesão em relação aos que moravam sozinhos, tal fato também foi evidenciado no estudo de Blatt, Citadin, Souza, Mello, Galato, (2009). A importância do papel da família será abordada posteriormente, visto que esta condição interfere na vulnerabilidade.

Reiners et al. (2008) apontaram que o fato de morar sozinho contribui para a não adesão ao tratamento, que são reforçados pelo estudo de Castro, (2009) que identificou que 35% dos entrevistados deixaram de tomar a medicação por morarem sozinhos, ou seja, morar sozinho foi considerado como causa de não adesão ao tratamento, atribuindo o fato de morar com outras pessoas como influência positiva sobre o andamento do tratamento.

Ao investigar a renda familiar, foi possível verificar que a renda salarial foi semelhante em ambos os grupos e não mostrou diferença em termos de adesão. Chamou atenção, foi que quase a metade recebia acima de três salários mínimos. Apesar de estudos anteriores associarem a não adesão com menor poder aquisitivo (Silva, 2003; Almeida et al. (2012); Oliveira, Paes, 2013; Pedrosa, 2015).

O estudo identificou que esse poder aquisitivo, acima da média, possa ser atribuído a própria característica do Município que é considerado um polo industrial, o que contribui para o seu desenvolvimento econômico e social, favorecendo oferta de trabalho com boa remuneração.

Verificamos que a renda familiar e a inserção no mercado de trabalho foram semelhantes em ambos os grupos e não mostrou diferença em termos de adesão. Chamou atenção que quase a metade, recebia acima de três salários mínimos e, estavam inseridos no mercado de trabalho, sendo a maioria trabalhadores do comércio, que pode ser atribuído a própria característica do Município. Outras categorias profissionais que se destacaram foram os autônomos e a área administrativa, porém, mesmo com um número expressivo de entrevistados inseridos no mercado formal de trabalho, mais da metade declararam não possuir registro em carteira profissional.

Importante destacar que o grande número de portadores terem declarado estar inseridos no trabalho informal, pode estar relacionado ao estigma e o preconceito que norteia esta doença.

Ao analisar a adesão considerando a faixa etária, orientação sexual e estado marital, verificamos que na faixa etária de 25 a 44 anos, maior concentração da população do estudo.

Em 2007, o MS divulgou pesquisa que analisou o início da atividade sexual, apontando que esta ocorre em média aos 15,3 anos e aproximadamente 36% têm a primeira relação antes dos 15 anos (Brasil, 2007). A idade de início da atividade sexual no Brasil tem diminuído no decorrer dos anos, esse pode ser um fator que vem contribuindo para o aumento da epidemia nessa faixa etária e com isso o aumento de casos em populações mais jovens.

Dados recentes do MS destacam que a epidemia vem atingindo com mais intensidade HSH jovens, visto que em 2013 foram detectados 4.414 jovens com o vírus, enquanto que em 2004 haviam sido 3.453. Nesta população, a prevalência de infecção pelo HIV subiu de 0,56%, em 2002, para 1,2%, em 2007 (Brasil, 2013b). Semelhantes aos dados publicados no boletim epidemiológico de 2015 (Brasil, 2015). População está mais resistente ao tratamento, pois nosso estudo mostrou que quase um terço dos abaixo dos 25 anos, estão nessa situação.

Apesar dos dados apresentados revelarem a maior incidência do HIV nessa população, não foi possível observar uma diferença significativa entre os grupos em termos de adesão. Percebeu-se uma semelhança entre eles, porém a maior adesão foi observada entre os homossexuais. Importante apontar que um

terço dos não aderentes em algum momento mantiveram relação sexual sem uso do preservativo e nesse mesmo grupo houve uma diferença significativa em relação a prática de sexo em ambientes destinados para esse fim, o que os tornam ainda mais vulneráveis a outras IST's e a mutação viral, proporcionando falha terapêutica pelo desenvolvimento de cepas virais resistentes ao tratamento.

Taquette (2013) aponta que existe relação entre a escolaridade, idade da primeira relação e o uso de preservativo. Quanto menor a idade e a escolaridade, menor a probabilidade do uso (Taquette, 2013).

Alguns autores (Brito, Szwarcwald, Catilho, 2006; Granjeiro et al. 2014; Nomoto et al. 2015) chamaram a atenção para os fatores socioeconômicos, levando em consideração a idade, o melhor nível educacional e classe econômica mais elevada. Estes fatores contribuem para uma qualidade de informação sobre as formas de prevenção do HIV/aids e são significativamente maior que aqueles menos dotados destas condições. Nessa investigação, foi observado o contrário em relação ao contágio, porém esses fatores podem ter contribuído para uma melhor adesão, visto que os entrevistados com essas características, foram os que se destacaram entre o grupo de aderentes.

Através do conceito de vulnerabilidade, buscou-se identificar os fatores determinantes da não adesão à TARV nas dimensões: individual, social e programática.

Destacar a potência do conceito de vulnerabilidade para a interpretação dos agravos em saúde, articula as dimensões relativas ao contexto em que emergem, às políticas e ações instituídas para o seu controle, além dos processos que se efetivam no âmbito mais singular e que se referem à vivência da enfermidade/agravo (Nichiata et al., 2011).

A TARV passou por grandes modificações desde o surgimento dos primeiros esquemas terapêuticos. No início da epidemia, muitos eram os medicamentos utilizados diariamente devido cada droga empregada para controlar o vírus agir em uma determinada etapa de sua reprodução. Com a evolução da ciência e conhecimento da forma como o HIV se manifesta no organismo, foi possível adotar uma terapêutica que busca um número cada vez

menor de comprimidos a serem ingeridos diariamente e com menos efeitos colaterais, principais motivos que levam ao abandono ao tratamento.

Pesquisadores almejam inclusive a possibilidade futura de intercalar os dias de uso dessas drogas, o que possivelmente melhorará a adesão (Medscape, 2016).

Analisando a epidemia do HIV/aids a partir do conceito de vulnerabilidade, pode-se constatar que em relação aos fatores individuais, o esquema terapêutico prescrito, incluindo o número de medicamentos, suas formas e horários, é considerado um dos principais fatores que levam a não adesão e interferem no tratamento, pois normalmente são complicados e exigem um grande empenho por parte do usuário que precisa adaptar sua alimentação, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento (Teixeira, Silva, 2008).

Atualmente, a prescrição se restringe a um número reduzido de comprimidos, porém ainda é observada a presença de diversos efeitos colaterais, incluindo àqueles que interferem na autoimagem como por exemplo, a lipodistrofia.

A falta de conhecimento sobre os medicamentos dos quais os portadores do HIV fazem uso foi identificada de forma significativa. Nesse estudo, impactando na adesão, mesmo se tratando, na maioria dos casos, de esquemas que adotam o uso de apenas um comprimido (“três em um”), o que também, foi observado em estudo realizado em instituições de longa permanência na cidade de Teresina-PI, que objetivou analisar conhecimentos e práticas dos portadores do HIV/aids, em que a maioria dos entrevistados não conseguiam lembrar o nome correto das drogas e o momento de usá-las (Barbosa et al., 2014).

A dificuldade na compreensão da importância do uso correto da TARV interfere na adesão e repercute de forma negativa, uma vez que a resposta terapêutica fica comprometida, acelerando à evolução da doença e o desenvolvimento de cepas virais resistentes.

Nesse sentido, desde a criação do Programa Nacional de IST/aids, a prática do aconselhamento vem desempenhando um importante papel no contexto da epidemia, este é um campo de conhecimento estratégico para a

qualidade do diagnóstico e da atenção à saúde, tornando-se um diferencial quando comparados à prevenção de outros agravos (Brasil, 2010).

De acordo com Cardoso e Arruda (2004), a reação do paciente aderente é de suportar os efeitos colaterais, participar do tratamento (perguntando lendo, informando-se), reaprendendo a viver. Assim, consegue colocar-se no papel de doente, aceitando as condições impostas pela doença e preservando sua identidade.

A avaliação da vulnerabilidade dos entrevistados frente às demais IST's e o que os tornam vulneráveis a coinfeções e/ou criação de cepas resistentes do HIV durante a TARV, podem ser entendidas se consideramos o conceito de marcadores.

Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2014) desenvolveram marcadores de avaliação da vulnerabilidade as IST e ao HIV e, apesar de ter sido desenvolvido para a população feminina, representam aspectos fundamentais de vulnerabilidade. Constituem uma importante ferramenta para operacionalizar esse conceito que podem ser abordados no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) contribuindo para nortear o planejamento de ações pautadas na realidade dos usuários.

Seguindo os cuidados sugeridos pelas autoras, no que se refere ao uso dos dados em outra população que não apenas de mulheres, foram identificadas algumas questões que contextualizam as vulnerabilidades nas três dimensões: individual, social e programática, embora, para esta análise com base na seleção dos marcadores, podemos destacar, apenas na dimensão individual:

- Dificuldade em propor o uso do preservativo pelo parceiro;
- Desconsideração do uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de IST;
- Desconhecimento ou a falta de conhecimento adequado sobre a transmissão das IST/HIV e o sentimento de proteção em relacionamentos estáveis;

A prática sexual insegura ainda vem sendo utilizada mesmo após o diagnóstico, o que aumenta o risco de transmissão do HIV para a população

geral. O presente estudo identificou uma diferença significativa entre os grupos nesse aspecto, bem como o fato de frequentar ambientes para prática de sexo casual. Isso os expõe a coinfeções com outras IST's, com a tuberculose e possibilidade de mutação viral, levando ao desenvolvimento de cepas virais resistentes.

O país tem desenvolvido ações com foco na prevenção das IST's, tratando-se especificamente do HIV/aids. A promoção da saúde recomenda e enfatiza o uso do preservativo em todas as relações sexuais, utilizando abordagens que orientam a diminuição do número de parceiros, a abstinência e a fidelidade não têm tido impacto entre as pessoas sexualmente ativas (Brasil, 2010).

Porém, percebe-se que os mais jovens se têm descuidado na hora de usar o preservativo, há uma desvalorização da sua utilização. Outro fator determinante para a prática sexual desprotegida, pode ser atribuída a evolução da TARV e aos bons resultados que esta proporciona como: melhoria na qualidade e expectativa de vida, esses fatores levaram a aids ao seu atual estado de doença crônica, diminuindo a percepção de risco e aumentando a vulnerabilidade (Santos, Buchalla, Filipe, Gugamelli, Garcia, 2002).

Esses achados apontam para a clara necessidade do fortalecimento de ações que visem o empoderamento do portador do HIV, a fim de melhorar a compreensão do uso da TARV de forma contínua por médio e longo prazo. Isso facilita a sua compreensão e a utilização do preservativo em todas as relações sexuais, além de estimular mudanças de valores e práticas, o que conseqüentemente estabelecerá um maior vínculo entre usuário e serviço de saúde.

Ao analisar a vulnerabilidade social frente a adesão a TARV, é importante lembrar que os construtos rede social e apoio social são diferentes, embora relacionados entre si. Rede social é o grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo, incluindo família e amigos íntimos, uma estrutura da qual o apoio é fornecido (Bowling, 1997, Seeman 1996).

Por outro lado, o apoio social diz respeito ao aspecto funcional ou qualitativo da rede social (Antunes, Fontaine, 2005), isso nos leva a perceber que a pessoa pode ter uma rede social e não receber necessariamente apoio desta.

Ter alguém com quem contar para receber auxílio material, emocional ou afetivo, faz com que o indivíduo se perceba valorizado no grupo do qual faz parte (Berkman, 1984), o que colabora no enfrentamento da doença e o seu tratamento.

Ao observar essas relações, foi possível verificar que nos entrevistados mais da metade dos não aderentes não revelam para a família e nem aos parceiros sua condição sorológica, sendo que a totalidade omitem ou não recebem apoio das pessoas do convívio social.

Pesquisadores chamam a atenção para a revelação e a aceitação do diagnóstico do HIV com o processo de coping de estresse que utiliza a avaliação pessoal do significado do HIV. Bem como, a percepção sobre a adequação e disponibilidade de estratégias e recursos para lidar com a soropositividade (Poletto et al., 2015).

O coping se refere aos pensamentos e comportamentos usados para regular o estresse ou manejar o problema estressor, incluindo a busca de suporte social e decisões acerca do compartilhamento ou não do diagnóstico do HIV com pessoas significativas (Hult, Wrubel, Bränström, Acree, & Moskowitz, 2012).

Socialmente, ser portador do HIV está associado a um castigo por comportamentos tidos como ilícitos e condutas desviantes. Esse estigma tem sua origem na falta de informação da população, que leva ao medo do contágio e, culmina em menosprezo por portadores do HIV. Essa conduta social pode levar à diminuição da autoestima, depressão, isolamento e dificuldade no estabelecimento de relacionamentos afetivos, bem como a perda da vontade de viver e o isolamento social. Essas são consideradas estratégias de sobrevivência social, onde há silenciamento e ocultamento da doença, a fim de continuar a vida sem serem acusadas e discriminadas (Gomes, Silva, Oliveira, 2011).

Constatou-se que o conhecimento e o apoio da família estiveram associados com a adesão à terapêutica. Os fatos de não receber apoio familiar, assim como do parceiro para o enfrentamento do tratamento, dificultaram consideravelmente a adesão.

Dessa forma, percebe-se que pertencer a algum grupo social, não é suficiente para o enfrentamento. É necessário conhecer a estrutura desses

grupos para que assim o empoderamento do portador do HIV seja realizado, a fim de encorajá-lo para a revelação do diagnóstico. Visto que, os resultados desse estudo apontaram, que receber o apoio social, é extremamente útil para uma melhor adesão.

A equipe multidisciplinar deve estar atenta para essas fragilidades na dinâmica social e implementar intervenções que possam atender de forma individual o portador do HIV. Para que busque a melhoria nessas relações, despertando o sentimento de pertencimento nos grupos dos quais fazem parte, visando a facilidade de adesão à TARV.

Programaticamente, verificou-se que a estrutura oferecida aos usuários foi considerada adequada, porém não é possível generalizar esse resultado a todos os portadores que fazem acompanhamento no ARMI – Santo André, devido ao tamanho amostral estudado ter sido pequeno em relação ao número de portadores que iniciaram o tratamento no ano de 2015.

Esses resultados demonstram os benefícios que podem resultar do acesso a uma equipe multidisciplinar e a serviços de referência para o HIV/aids bem estruturados, para a manutenção e o incremento de níveis ótimos de adesão.

Portanto, ter acesso aos serviços de saúde foi um fator facilitador da adesão à terapia antirretroviral no grupo analisado.

Considerando os pressupostos da vulnerabilidade, nesse estudo, os dados foram analisados com enfoque nas três dimensões: individual, social e programática, sendo a vulnerabilidade individual a que mais se destacou, deixando evidente a necessidade que esta precisa ser melhor trabalhada.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Ao verificar a adesão dos pacientes com HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral (TARV), foi possível apreender dos 53 entrevistados, as seguintes características sociodemográficas:

- * 81,1% foram aderentes ao tratamento da TARV;
- * A idade dos usuários entrevistados variou de 18 a 60 anos e mais, sendo que 71,7% tinha entre 25 e 44 anos;
- * 83,0% eram do sexo masculino, destes 81,3% foram aderentes ao tratamento;
- * A cor branca prevaleceu, numa proporção três vezes maior que a parda, principalmente entre os não aderentes (70%);
- * Para o grupo de aderentes e não a TARV, houve maior número dos que viviam sem companheiros (69,8%), porém houve maior adesão aos que moravam com a família;
- * 77,4% de ambos os grupos tinham oito anos e mais anos de estudos;
- * 46,5% do total de entrevistados recebiam mais de três salários mínimos, porém 56,4% não possuíam registro em carteira;
- * A porcentagem do que se diziam católicos, foi semelhante nos dois grupos, porém no grupo dos não aderentes houve número importante de evangélicos (40,0%);

Quanto aos determinantes da adesão a TARV identificou-se que:

- * Os portadores de maior escolaridade, casados ou que moravam com família e que referiram boa relação médico/paciente foram os que tiveram uma melhor adesão.

* Já os determinantes da não adesão foram: o fato de sentir-se melhor após o início do tratamento, a falta de apoio das pessoas do convívio social e o conhecimento do parceiro sobre a soropositividade.

Na perspectiva da vulnerabilidade, observou-se maior fragilidade na dimensão individual, onde a falta de conhecimento sobre os medicamentos em uso, foi identificada de forma significativa impactando na adesão. Além disso, um terço dos não aderentes em algum momento mantiveram relação sexual sem uso do preservativo. Ao mesmo tempo, nesse mesmo grupo, houve uma diferença significativa em relação a prática de sexo em ambientes destinados para esse fim, o que os tornam mais vulneráveis a outras IST's e a mutação viral.

A vulnerabilidade social frente a adesão a TARV está relacionada a uma estrutura da qual o apoio é fornecido, ou seja, grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo, incluindo família e amigos íntimos, lembrando que os construtos rede social e apoio social são diferentes, embora relacionados entre si.

Programaticamente, verificou-se que a estrutura oferecida aos usuários no ARMI – Santo André, foi considerada adequada, apontando baixa vulnerabilidade, nesta dimensão.

Este estudo mostrou a necessidade de mais pesquisas acerca da adesão a TARV em pacientes submetidos precocemente ao tratamento, em outros Centros de Referencias, com número maior de portadores, para avaliar este programa terapêutico, visto que esse é o último consenso em termos de terapia e o uso prolongado associado aos efeitos colaterais, são fatores que podem interferir na adesão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início precoce da terapia antirretroviral estimula o sistema imune, diminui o risco de morbimortalidade associadas ao HIV e reduz o risco de transmissão. Entretanto, ainda são escassos estudos que avaliam a adesão de portadores do HIV submetidos precocemente à TARV.

Mesmo se tratando de uma amostra por conveniência, uma das maiores dificuldades enfrentadas para realizar esta investigação foi encontrar os indivíduos selecionados durante o período da coleta de dados. Visto que, alguns pacientes realizarem o acompanhamento clínico/laboratorial na rede suplementar de saúde e utilizarem apenas o serviço de dispensação dos ARV's. Alguns pacientes chegaram a fazer três retiradas consecutivas dos ARV's, o que dificultou o recrutamento via farmácia.

Vários fatores contribuíram para o limitado número de amostra, pois muitos pacientes não foram inclusos no estudo devido não terem sido localizados no banco de dados de notificações de HIV/aids do Município. Visto que, a população elegível era pacientes assintomáticos virgens de terapia, o que nos revela uma fragilidade no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Apesar da notificação de HIV/aids fazer parte da lista de agravos de notificação compulsória do MS, observou-se que muitos profissionais não a realizam, pois os pacientes que retiram os ARV's no ARMI – Santo André, não estão matriculados no serviço por fazerem acompanhamento médico/laboratorial na rede suplementar de saúde. Essa fragilidade nas notificações dos casos de HIV/aids poderiam ser melhoradas se houvesse obrigatoriedade de notificação no SINAN para a retirada dos ARV's, ou seja, antes de realizar o cadastro no SISCLOM, o profissional responsável pela distribuição da TARV realizaria uma consulta ao SINAN e se caso não houvesse notificação registrada, a realizaria antes do cadastro.

Somou-se a isso, a falta espaço físico e de preparo da equipe multidisciplinar dificultando o recrutamento causando e o processo de coleta de dados, Somando-se a isso, a impossibilidade de agendamento prévio via telefone por determinação da direção.

Convém destacar, ainda, que o instrumento de avaliação da adesão a TARV utilizado no estudo, apresentou algumas limitações, pois muitas questões estavam relacionadas à melhora clínica após o uso da TARV, sendo que a nossa população foi composta por pacientes assintomáticos o que dificultou a resposta para muitos deles. Há, portanto, a necessidade de novos estudos com novos instrumentos envolvendo essa população, em especial.

Os resultados, no entanto, agregaram novos conhecimentos acerca do comportamento das pessoas que vivem com HIV, submetidas precocemente à TARV, subsidiando o planejamento de ações de promoção da saúde e qualidade de vida, especialmente para a região e para o ambulatório. Considerando, principalmente, que o perfil socioeconômico e sexual dos portadores entrevistados apresentam diferenças em relação ao perfil da população em geral, o que impede a generalização dos dados, mesmo sabendo que atualmente a aids atinge todos os grupos sociais e a todas as faixas etárias.

A história da adesão à TARV e seu impacto na prevenção do HIV/aids continua sendo um grande desafio, cuja meta é o controle e erradicação da epidemia, desenvolvendo estratégias de mensurar, monitorar, aumentar e manter a adesão.

Apesar de ainda enfrentar-se problemas, incluindo o crescimento da incidência da infecção pelo HIV em alguns grupos, o estigma e a discriminação dos pacientes, os avanços continuam acontecendo e nos permite enxergar um futuro promissor. Nesse sentido, faz-se necessário uma maior conscientização e comprometimento dos profissionais de saúde para fazer parte dessa luta rumo a máxima adesão à TARV, no qual a enfermagem tem importante participação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida EL, Araujo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento: fatores intervenientes. REME - Rev Min Enferm. 2011;15(2):208-16.

Angrimani, D. Meninas se prostituem por drogas. Diário do Grande ABC. 2003 jul.6; Setecidades:1.

Antunes C, Fontaine AM. Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da Escala Social Support Appraisals. Paidéia (Ribeirão Preto). 2005; 15(32):355-66.

Araujo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):544-54.

Ayres JRJM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.

Baer M, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. Can Psychol. 2002;43:115-21.

Barbosa VA, Carneiro NF, Guimarães SS, Nunes GB, Carvalho ALM. Conhecimentos e práticas de portadores de HIV/AIDS usuários da terapia Antirretroviral em abrigo de longa permanência. Boletim Informativo Geum. 2014; 5(3):31-45.

Berkman LF. Assessing the physical health effects of social networks and social support. Ann Rev Public Health. 1984;5:413-32.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(spe2):1326-30.

Bertolozzi MR. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (“DOTS”) no Município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no sul do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2009;42(3):131-6.

Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurements scales. 2nd ed. London: Open University Press; 1997. Measuring social networks and social support; p.91-109.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico de DST e AIDS. 2006; III(1):3-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. A aids representa o maior desafio enfrentado pela saúde pública nas últimas décadas e reconhecida em 2001 pelas Nações Unidas como uma crise global sem precedentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/aids-representa-o-maior-desafio-enfrentado-pela-saude-publica-e-foi-reconhecida-em-2001-pela>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Direitos humanos e HIV/aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: MS; 2008, p.16-7. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica. Brasília: MS; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico AIDS/DST. Brasília, 2013b.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013c. Seção I:59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 20 set. 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST, AIDS e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico AIDS-DST Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiol DST AIDS; 2016;V(1):3-58.

Brites C. Prefácio. Educação médica continuada. The Brazilian Journal of Infect Disease. 2016;2(5):125-6

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2001;34(2):207-17.

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

Calazans G. Prevenção ao HIV/aids, estigmatização e vulnerabilidades. In: Diversidade Sexual e homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Persel Abramo; 2011.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(6):940-5.

Cardoso GP, Cardoso AA. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;10(1):151-62.

Cascade Virology Collaboration. The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first-line therapy. *AIDS*. 2006; 20(1):21-8.

Castro LZCB. Perfil de utilização de antirretrovirais por pacientes portadores do HIV atendidos no Município de Aracajú/SE [dissertação]. Ceará: Universidade Federal do Ceará; 2009.

Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1388-97.

Colombrini MRC, Lopes MHBM, de Figueiredo RM. Adherence to the antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.

Cramer J. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press 1991:387-392.

Dieffenbach CW, Fauci AS. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *Jama*. 2009;301(22):2380-2.

Espírito Santo CC, Gomes AMTosoli, Oliveira DC. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. *Referência*. 2013; 3(10):15-24.

Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):884-91.

Ferreira MP. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl1):65-71.

Galvão MTG, Paiva SS. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1022-7.

Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc*. 2010;19(Suppl 2):9-20.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Gomes, AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(3):485-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300006&lng=en&nrm=iso.

Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. Cad Saúde Pública. 2010;26(12):2355-67.

Granjeiro A, Escuder MM, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, Veloso V, et al. The HIV-Brazil cohort study: design, methods and participant characteristics. PLoS One. 2014;9(7): e104119.

Guanilo MCTU, Takahashi RFT, Bertolozzi MR. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de Marcadores. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(Esp):156-63.

Guarinieri M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002;31:167-9.

Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD (EUA): Johns Hopkins University Press; 1979.

Hult JR, Wrubel J, Bränström R, Acree M, Moskowitz JT. Disclosure and nondisclosure among people newly diagnosed with HIV: An analysis from a stress and coping perspective. AIDS Patient Care and STDS. 2012;26(3):181-90. DOI:10.1089/apc.2011.0282

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013. 2 ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

Ilias M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. Rev Baiana Saúde Pública. 2011;35(2):471-84.

Irffi G, Soares RB, DeSouza SA. Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/AIDS. Economia. 2010;11(2):333-56.

Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Lat Am Enferm. 2010;18(3):173-81.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(3):775-82.

Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sorensen HT, Vaeth M, Obel N. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Ann Intern Med. 2007;146(2):87-95.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the world. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

Mann J, Tarantola D, Netter TW, orgs. AIDS in the world II global dimensions social roots and responses. The Global AIDS Policy Coalition. Oxford: Oxford University Press; 1996. p.441-3.

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA. Dramatic improvement in survival among adult brazilian aids patients. Aids. 2003; 17(11):1675-82.

News.med.br, 2009. OMS muda recomendações de terapia antiretroviral para o HIV. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/medical-journal/52438/oms-muda-recomendacoes-de-terapia-antiretroviral-para-o-hiv.htm>.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALP, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Esp.2):1769-73.

Nomoto SH, Longhi RM, de Barros BP, Croda J, Ziff EB, Castelon Konkiewitz E. Socioeconomic disadvantage increasing risk for depression among recently diagnosed HIV patients in an urban area in Brazil: cross-sectional study. *AIDS Care*. 2015;27(8):979-85.

Oliveira EF, Paes MSL. Adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com HIV/aids. *Rev Enferm Integrada*. 2013;6(2):1154-66.

Oliveira R. Prostituição aumenta nas esquinas de Santo André. *Diário do Grande ABC*; 2002 fev. 23; Setecidades:1.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Orientações consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo VIH: resumo das principais características e recomendações. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: www.who.int.

Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1609-20.

Paulilo MAS, Jeolás LS. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. *Serv Social Revista [Internet]*. 2000;3(1). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n1_jovens.htm.

Pedrosa SC. Senso de coerência e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.

Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Ed. Manole; 2004. p.275-89.

Pillay D, Bhaskaran K, Jurriaans S, Prins M, Masquelier B, Dabis F, Gifford R et al. The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first-line therapy. *AIDS*. 2006;20(1):21-8.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia de AIDS nos últimos 25 anos. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(1):45-50.

Poletto MP, Heck C, Calsa DC, Moskovich JM. Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos Soropositivos. Trends Psychol / Temas Psicol.2015;23(2):243-53.

Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 1993; 72(10):68D-74D.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Cien Saude Colet. 2008;13(2):2299-306.

Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. Psicothema. 2002;14(2):262-7.

Remor EA, Milner MJ, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):685-94.

Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). Patient. 2013;6(2):61-73

Richardson RJ. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas; 2011.

Saad M, Medeiros R. A Espiritualidade e saúde. Einstein (São Paulo). 2008;6(3):135-6.

Santo André (São Paulo). Prefeitura de Santo André. Departamento de indicadores sociais e econômicos. Anuário demográfico 2013. Santo André; 2014.

Santos NJS, Buchalla CM, Filipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas: reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):12-23.

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Sobrevivência e Esperança de Vida em São Paulo. 1a Análise Seade [Internet]. 2018;(28). Disponível em: http://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/primeira_Analise_28_jul.pdf.

Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. *Ann Epidemiol.* 1996;6(5):442-51.

Seffner F. Aids, Estigma e Corpo. In: Leal OF, organizador. *Corpo e Significado Ensaio de Antropologia Social.* Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995.

Sidat M, Fairley C, Grierson J. Experiences and perceptions of patients with 100% adherence to highly active antiretroviral therapy: a qualitative study. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;21(7):509-20.

Silva ALCN, Waidman MA, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):213-20.

Silva MCF. Fatores preditivos de não adesão à terapia antirretroviral nos pacientes com infecção pelo HIV – um estudo caso controle [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.

SBDST – Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Novo protocolo da OMS determina que todas as pessoas vivendo com HIV sejam tratadas assim que diagnosticadas. Brasil, 2015. Disponível em: http://www.dstbrasil.org.br/site/content/noticias/detalhe.php?noticia_id=116 Acesso em: 23 jul. 2015.

Souza S. Os discursos de adesão ao tratamento de Aids: uma reflexão ética. *Revista Bioethikos.* 2011;5(1):98-106.

Taquette S. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. *Saúde Soc.* 2013;22(2):618-28.

Teixeira MG, Silva GA. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):729-36.

Teodorescu LL, Teixeira PR. Histórias da Aids no Brasil 1983 - 2003: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2015.

UNAIDS. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>.

WebMD, LLC. Últimos dados sobre a cura do HIV expõem a resiliência da infecção. Medscape [Internet]. 2016 ago. 3. Disponível em: <http://portugues.medscape.com/verartigo/6500414>.

Wu AW, Ammassari A, Antinori A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 15;31(Suppl 3):S95-7.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Adesão de pacientes HIV submetidos precocemente a terapia antirretroviral

Meu nome é Sebastião Silveira Nunes Júnior, sou enfermeiro e aluno de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Estou convidando você para participar de forma voluntária e não remunerada da pesquisa: **ADESÃO DE PACIENTES HIV SUBMETIDOS PRECOCEMENTE A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)**, que tem como objetivo analisar adesão de pacientes HIV que não apresentam sintomas submetidos ao tratamento precocemente e seus fatores associados. Esse estudo justifica-se pela baixa adesão que os pacientes HIV assintomáticos apresentam ao tratamento e pelo desconhecimento dos fatores que podem estar associados a não adesão. Assim, conhecê-los contribuirá para o fortalecimento de ações para promoção da adesão ao tratamento e redução da transmissão do HIV com vistas à melhoria do prognóstico. Solicito sua colaboração para responder ao questionário, que levará em média 30 minutos. O risco desta entrevista é o emocional onde lembranças possam vir à tona causando desconforto durante a entrevista, caso isto ocorra, a entrevista poderá ser interrompida e me comprometo a acolhê-lo e providenciar, se necessário, encaminhamento ao serviço de psicologia da unidade de referência. A entrevista é sigilosa, todos seus dados são confidenciais e você não será identificado. Você pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo e seu atendimento na unidade vai prosseguir independentemente de sua participação no estudo. Como benefícios, após o término da entrevista, você poderá esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre a infecção pelo HIV e/ou sobre o uso da medicação o que contribuirá para compreensão da importância do uso correto dos medicamentos. Os dados coletados serão utilizados somente para a pesquisa, e os resultados poderão ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou eventos científicos, sempre resguardando sua identidade. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa a qualquer momento, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Bairro Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000 – São Paulo/SP telefone (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br, com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Município de Santo André, Praça do Carmo, 14 - Centro - CEP 09010-020 - Santo André/SP Fone: 4432-3463, e-mail: cepsaude@santoandre.sp.gov.br ou com um dos pesquisadores: Sebastião, Rua gato Cinzento, 999, Vila Urupês – CEP: 08615-070 Suzano/SP Fone: (11)95177-2708 e-mail: enfsebastiaojr@hotmail.com, Profª Drª. Suely Itsuko Ciosak, pelo telefone (11) 3061-7652, e-mail: siciosak@usp.br.

Este termo serve para comprovar que você está de acordo em participar da pesquisa. Você deverá assinar duas vias, ficar com uma para você e devolver uma para o pesquisador.

Eu, _____ tendo sido esclarecido a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Santo André, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE – B INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENTREVISTADOS



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César,
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

Pesquisa: Adesão de pacientes HIV submetidos precocemente ao tratamento antirretroviral

ID: _____

Características pessoais		
Idade (Anos Completos)	_____ anos	Resposta
Sexo	(1) Masculino (2) Feminino	
Estado Civil	(1) Solteira (o) (2) Casada (o) (3) Divorciada (o) (4) União estável (5) Outro Qual? _____	
Como você classifica sua cor de pele?	(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena	
Escolaridade	(1) Nenhuma (2) 1 a 3 anos (3) 4 a 7 anos (4) 8 ou mais anos	
Religião	(1) Católica (2) Evangélica (3) Outra _____ (4) Nenhuma	
Local onde mora	(1) Santo André (2) Outra cidade de São Paulo	
Quanto a sua orientação Sexual – Você se relaciona:	(1) Apenas com Homens (2) Com Homens e Mulheres (3) Apenas com mulheres	
Caracterização das formas de viver e trabalhar		
A casa em que você mora é:	(1) Própria (2) Alugada (3) Mora com parentes ou amigos.	
Quantas pessoas moram com você?	(1) 1 pessoa (2) 2 pessoas (3) 3 pessoas (4) 4 pessoas (5) 5 pessoas (6) 6 pessoas ou mais	
Com quem você mora?	(1) Cônjuge/Companheiro (a) (2) Com os pais (3) Só com mãe ou com pai (4) Outros familiares (5) Amigos (6) Sozinho	
Profissão/Ocupação		
Você está trabalhando no momento?	(1) Sim (2) Não	
Se sim, tem a carteira assinada?	(1) Sim (2) Não	
Qual a renda mensal familiar	(1) Menos de um salário mínimo (2) De 1 a 3 salários mínimos (3) Acima de 3 salários mínimos	

Aspectos relacionados a percepção e compreensão do diagnóstico/tratamento		
Quando foi feito o diagnóstico?	Mês _____ Ano _____	
Quando iniciou o tratamento?	Mês _____ Ano _____	
Frequenta algum grupo ou rede social para pessoas com HIV?	(1) Sim (2) Não	
Sua família tem conhecimento do seu tratamento?	(1) Sim (2) Não	
As pessoas do seu convívio social sabem do seu diagnóstico?	(1) Sabem e apoiam (2) Sabem e não apoiam (3) Não sabem	
Você revela aos seus parceiros sobre seu diagnóstico?	(1) Sim (2) Não	
Sobre o uso de preservativo após o diagnóstico:	(1) Sempre usei (2) As vezes uso (3) Usei e não uso mais (3) Nunca usei (4) Não usava e agora uso	
Após o diagnóstico, já teve relação sexual com outra pessoa soropositiva?	(1) sim, mas usei preservativo (2) sim e não usei preservativo (3) Não tive	
Frequenta sauna ou "festas" de sexo?	(1) Sim (2) Não	

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH, VERSÃO PORTUGUÊS ADAPTADO [BRASIL])

1. Durante a última semana, deixou de tomar sua medicação alguma vez?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

3. Se alguma vez sentiu-se pior depois de tomar sua medicação, deixou de tomá-la?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

4. Se alguma vez sentiu-se triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Sabe o nome dos remédios que está tomando no momento? Quais são?

6. Como você considera a relação com seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso desses medicamentos?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação no mesmo horário?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como se sente em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação ao uso dos remédios para HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

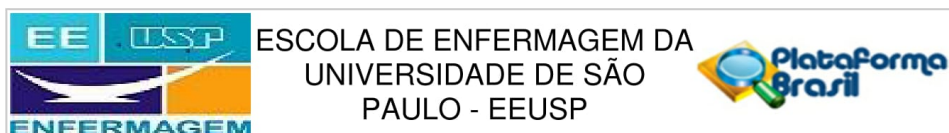
19. Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação?

() Não () Sim Se sim, quantos dias?

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?

() Não () Sim Se sim, qual?

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO DE PACIENTES HIV SUBMETIDOS PRECOCEMENTE A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Pesquisador: SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54831716.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.596.345

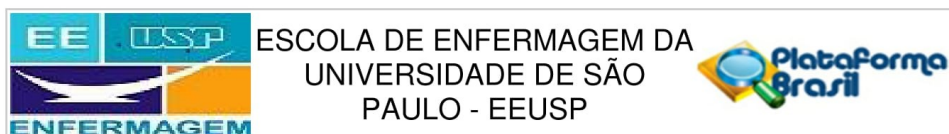
Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a terapia antirretroviral deva ter início imediato para todos os portadores do HIV independente da presença ou ausência de sintomas da Aids. Esta diretriz tem como base que o início precoce da terapia antirretroviral estimula o sistema imune, diminui o risco de mortalidade e morbidade associadas ao HIV e reduz o risco de transmissão. Entretanto, ainda são escassos estudos que avaliam a adesão de portadores do HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral. Com este estudo pretende-se analisar a adesão de pacientes diagnosticados com HIV, atendidos em uma determinada unidade de saúde, à terapia antirretroviral. Trata-se de estudo transversal, descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa em que serão estudados portadores do HIV que tenham sido submetidos à terapia antirretroviral precocemente, matriculados no Ambulatório de Referência para Moléstias Infecciosas da cidade de Santo André – SP. Os dados serão obtidos por entrevista individual com formulário para levantamento das características sociodemográficas e, para avaliar adesão à terapia antirretroviral, será utilizada uma adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” CEAT-VIH.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão de portadores do HIV submetidos precocemente à terapia antirretroviral.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.596.345

Hipótese: Portadores do HIV assintomáticos apresentam baixa adesão quando submetidos à terapia antirretroviral precocemente, o que pode ser atribuído aos efeitos colaterais da medicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco identificado – e descrito pelo pesquisador - é o de desconforto emocional por ser solicitado a responder questões que podem ser incômodas.

Quanto aos benefícios, o pesquisador coloca que, após o preenchimento dos questionários, estará disponível para esclarecer eventuais dúvidas do participante sobre HIV e sobre a terapia antirretroviral. Além disso, o benefício esperado consiste em conhecer melhor a aderência ao tratamento, contribuindo para o aprimoramento da atenção à saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, dada a importância do tratamento antirretroviral para quem é portador do HIV e considerando-se as eventuais dificuldades que podem existir na adesão ao tratamento.

A avaliação da adesão ao tratamento será feita por questionário em que se verifica a assiduidade e a regularidade no uso do medicamento. Serão entrevistados no estudo apenas os pacientes que, segundo os registros, encontram-se em uso regular da TARV (sem abandono de tratamento), que comparecerem à Unidade de Saúde no período da coleta de dados e que não apresentem co-infecções. O número total de pacientes que iniciaram o tratamento antirretroviral precocemente no período estudado será levantado para se ter uma ideia da proporção de pacientes que seguiram e que abandonaram o tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma compatível com o momento atual.

Orçamento prevê custeio do próprio pesquisador.

O projeto será também submetido à aprovação de CEP de Santo André.

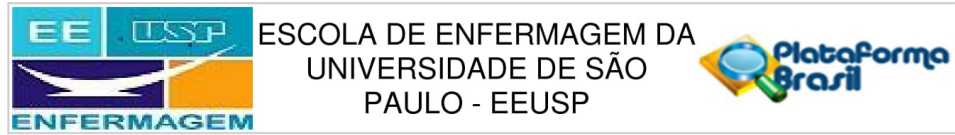
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.596.345

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_687133.pdf	30/05/2016 13:57:48		Aceito
Outros	QS.docx	30/05/2016 13:57:23	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Outros	QA.docx	30/05/2016 13:56:48	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	30/05/2016 08:50:40	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/05/2016 08:47:53	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	03/04/2016 22:50:44	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	doc.pdf	03/04/2016 22:49:13	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito

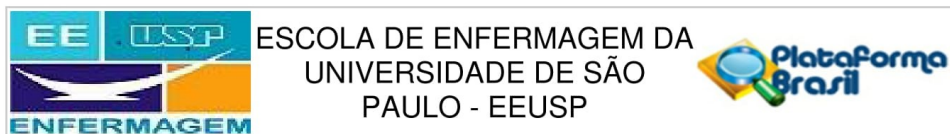
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.596.345

SAO PAULO, 16 de Junho de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SANTO ANDRÉ/
PREFEITURA MUNICIPAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO DE PACIENTES HIV SUBMETIDOS PRECOCEMENTE A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Pesquisador: SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54831716.0.3001.5484

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.835

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado pretende estudar os fatores que influenciam o comportamento de adesão à medicação antirretroviral para o controle da infecção pelo HIV em pacientes que tiveram a prescrição precocemente. Desde 2013, o Ministério da Saúde adotou a política de tratamento para o HIV nomeada: "testar e tratar". Busca-se desta forma sensibilizar o paciente soropositivo a iniciar o tratamento medicamentoso com vistas a melhorar sua resposta imune e reduzir riscos de transmissão. Tal política governamental baseia-se na edição do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas que determina que as pessoas que vivem com HIV/aids devem ser tratadas com a Terapia antirretroviral assim que diagnosticada. Como o consenso mundial anterior assinalava um limite de queda da imunidade e/ou presença de doença oportunista para o início de tratamento, seguir as novas diretrizes, instaura o tratamento "precoce", aquele iniciado quando o paciente encontra-se assintomático. Este estudo, portanto, buscará investigar se os pacientes que, sensibilizados para o início do tratamento em período não considerado mandatório, mostram-se aderentes ao uso da medicação. Fatores sociodemográficos serão correlacionados ao comportamento de adesão. O pesquisador parte do princípio que tais fatores tornam-se variáveis que podem determinar vulnerabilidades à adesão.

Endereço: Rua Praça Do Carmo nº 14 2º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 09.010-020
UF: SP **Município:** SANTO ANDRE
Telefone: (11)4432-3463 **Fax:** (11)4432-3446 **E-mail:** cepsaude@santoandre.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SANTO ANDRÉ/
PREFEITURA MUNICIPAL



Continuação do Parecer: 1.628.835

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o comportamento de adesão à medicação antirretroviral prescrita precocemente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são expressivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é pertinente e extremamente útil, pois carrega em sua proposta um pioneirismo em relação ao tema. Apresenta-se bem escrito e bem elaborado no que diz respeito aos métodos e procedimento adotados, não infringindo conduta ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se adequados.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá enviar, em um ano, o resultado parcial ou final do projeto

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_687133.pdf	30/05/2016 13:57:48		Aceito
Outros	QS.docx	30/05/2016 13:57:23	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Outros	QA.docx	30/05/2016 13:56:48	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	30/05/2016 08:50:40	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/05/2016 08:47:53	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_687133.pdf	02/05/2016 16:18:16		Aceito

Endereço: Rua Praça Do Carmo nº 14 2º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 09.010-020
UF: SP **Município:** SANTO ANDRÉ
Telefone: (11)4432-3463 **Fax:** (11)4432-3446 **E-mail:** cepsaude@santoandre.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SANTO ANDRÉ/
PREFEITURA MUNICIPAL



Continuação do Parecer: 1.628.835

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	02/05/2016 16:17:17	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	02/05/2016 16:14:45	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_687133.pdf	04/04/2016 18:17:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Consentimento2.docx	04/04/2016 18:17:02	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_687133.pdf	04/04/2016 15:50:54		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_687133.pdf	03/04/2016 22:59:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	03/04/2016 22:52:29	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	03/04/2016 22:50:44	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	doc.pdf	03/04/2016 22:49:13	SEBASTIAO SILVEIRA NUNES JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTO ANDRÉ, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
ELIANE LIMA GUERRA NUNES
(Coordenador)

Endereço: Rua Praça Do Carmo nº 14 2º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 09.010-020
UF: SP **Município:** SANTO ANDRÉ
Telefone: (11)4432-3463 **Fax:** (11)4432-3446 **E-mail:** cepsaude@santoandre.sp.gov.br