



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS E TOXICOLÓGICAS**

**ALINE TESSÁLIA QUINTELA DE CARVALHO MARQUES**

**GRAU DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO EM PACIENTES VIVENDO COM HIV**

**FORTALEZA**

**2022**

ALINE TESSÁLIA QUINTELA DE CARVALHO MARQUES

GRAU DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO EM PACIENTES VIVENDO COM HIV

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Farmácia na Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título Farmacêutico.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata de Sousa Alves.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

M315g Marques, Aline Tessália Quintela de Carvalho.  
Grau de adesão à terapia antirretroviral e perfil sociodemográfico em pacientes vivendo com HIV /  
Aline Tessália Quintela de Carvalho Marques. – 2022.  
63 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Farmácia, Fortaleza, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Renata de Sousa Alves.

1. HIV. 2. Cooperação e Adesão ao Tratamento. 3. Antirretrovirais. 4. Terapia antirretroviral. 5. Adesão  
ao tratamento medicamentoso.. I. Título.

CDD 615

---

ALINE TESSÁLIA QUINTELA DE CARVALHO MARQUES

GRAU DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO EM PACIENTES VIVENDO COM HIV

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em  
Farmácia na Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial à obtenção do título Farmacêutico.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata de Sousa Alves.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata de Sousa Alves (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Tiago Lima Sampaio  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Farmacêutica Denise Girão Limaverde Lima  
Hospital São José de Doenças Infecciosas

A Deus e ao Eduardo, amor da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus e para ele toda honra e glória. Sua graça em minha vida é presença constante.

Ao meu esposo Eduardo Melo, meu melhor amigo e eterno namorado. Com você aprendi o que é o amor. O que é amar. Agradeço por sua lealdade, fidelidade, companheirismo e delicadeza. Que nosso matrimônio seja sempre leve.

Aos meus pais, Aline e Jonhson, que não me deram apenas a vida, mas serviram de apoio em todas as minhas fases de crescimento. Sem vocês, eu não conheceria o que é o amor de uma família. Minha eterna gratidão!

Ao meu irmão Bruno, que me ensinou o que é cumplicidade, um laço inquebrável.

Aos meus sogros, que sempre estiveram presentes em minha jornada, fornecendo todo o apoio possível.

Aos meus amigos Mariana, Gislaine, Iasmine, Anna Cecillya, Camila, João Victor e tantos outros que não soltaram a minha mão, mas sempre estiveram me dando forças na graduação e no cotidiano.

Em especial, agradeço pela amizade da Débora Lopes, que a UFC me presenteou. Uma amiga de uma vida, uma irmã nas horas leves, uma mãe nas horas que preciso, e uma madrinha que me guia.

Aos meus pets Wendy e Ziggy, que por mais que não falem, se comunicam com o olhar. O amor tem quatro letras e 4 patas!

Tantos outros que aqui não foram citados, mas que guardo em meu coração!

Aos Portadores do HIV, que todos os dias superam o maior inimigo: O vírus do preconceito.

A ONG RNP+ CE, que desde o princípio acolheram meu projeto e estiveram dispostos a contribuir não somente aqui, mas para a sociedade.

À minha orientadora Renata de Sousa Alves, que desde o princípio abraçou minha ideia e transformou em algo possível. Sua paciência me manteve firme na realização deste trabalho.

A todos os mestres que contribuíram para a minha formação acadêmica e profissional durante estes anos na graduação.

Por último, agradeço à minha segunda casa, a Universidade Federal do Ceará, que me abrigou por longos anos. Tive orgulho de fazer parte dela.

## RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que compromete o sistema imunológico do portador, podendo acarretar sérias complicações, até a morte. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo HIV, sendo considerado um problema mundial de saúde. Atualmente, a terapia antirretroviral (TARV) é o único tratamento possível, mas para a obtenção do sucesso terapêutico, a taxa de adesão deve se manter acima de 95%, sendo imprescindível sua monitorização. O presente trabalho objetivou avaliar a adesão farmacológica de pacientes portadores do HIV por meio de questionário aplicado de forma presencial aos portadores da doença, verificando as principais barreiras para a adesão, bem como correlacionar com os dados sociodemográficos. A pesquisa é classificada como descritiva, de corte transversal e contou com a participação de 91 pessoas com diagnóstico confirmado, que fazem parte de uma associação beneficente. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário para caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, além de uma escala para adesão autoaplicável denominado “Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” (CEAT-VIH, versão em português), ocorrendo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 5.403.966. Na amostra analisada, a alta adesão ocupou o primeiro lugar (44%), seguido pela baixa (36%) e média (20%) adesão. Considerando os dados mais críticos encontrados, ou seja, os pacientes com baixa adesão, o presente estudo analisou as variáveis sociodemográficas e verificou-se que predominou o sexo feminino, com faixa etária entre 40 e 49 anos e ensino médio completo. Em relação à situação econômica, a renda familiar majoritária foi de 0 a 1 salário-mínimo, predominando participantes desempregados e solteiros. Em relação aos dados clínicos, houve a predominância de pacientes com diagnósticos fechados anteriores a 2019, que estão em tratamento com antirretrovirais há mais de 1 ano, sendo o modo principal de infecção o sexual. Dentre as associações estatísticas relevantes, as mais significativas para a não adesão à TARV foram o sexo e a idade.

**Palavras-chave:** HIV; Antirretrovirais; Terapia antirretroviral; Adesão ao tratamento medicamentoso.

## ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a retrovirus that compromises the host's immune system, which can lead to serious complications, even death. The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is an advanced clinical manifestation of HIV infection, being considered a worldwide health problem. Currently, antiretroviral therapy (ART) is the only possible treatment, but in order to obtain therapeutic success, the adherence rate must remain above 95%, and its monitoring is essential. The present study aimed to evaluate the pharmacological adherence of patients with HIV through a questionnaire applied face-to-face to persons living with HIV, verifying the main barriers to adherence, as well as correlating with sociodemographic data. The research is classified as descriptive, cross-sectional and had the participation of 91 people with a confirmed diagnosis, who are part of a charitable association. For data collection, a questionnaire for sociodemographic, economic and clinical characterization was used, in addition to a self-applicable scale for adherence called "Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Treatment" (CEAT-VIH, in Portuguese abbreviation), occurring by signing the Term of Free and Informed Consent. The project was approved by the Research Ethics Committee under number 5.403.966. In the analyzed sample, high adherence occupied the first place (44%), followed by low (36%) and medium (20%) adherence. Considering the most critical data found, that is, patients with low adherence, the present study analyzed the sociodemographic variables and found that females predominated, aged between 40 and 49 years and had completed high school. Regarding the economic situation, the majority family income was from 0 to 1 minimum wage, with a predominance of unemployed and single participants. Regarding clinical data, there was a predominance of patients with closed diagnoses prior to 2019, who have been on antiretroviral treatment for more than 1 year, with the main mode of infection being sexual. Among the relevant statistical associations, the most significant for non-adherence to ART were gender and age.

**Keywords:** HIV; Anti-Retroviral Agents; Antiretroviral Therapy; Medication Adherence.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Dados Sociodemográficos e Clínicos dos pacientes, 2022 (n = 91).....	29
Tabela 2 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, classificada em Alta, Média e Baixa, 2022 (n = 91).....	33
Tabela 3 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, classificada em Má e Boa 2022 (n = 91) .....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Adesão dos Entrevistados quanto ao Tratamento Farmacológico segundo escalas percentual e linear, classificada em Alta, Média e Baixa, 2022 (n = 91).....	32
Gráfico 2 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico segundo escalas percentual e linear, classificada em Boa e Má, 2022 (n = 91).....	33
Gráfico 3 — Distribuição da Má Adesão por Sexo dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	34
Gráfico 4 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Faixa Etária dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91).....	35
Gráfico 5 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Escolaridade dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91).....	35
Gráfico 6 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Renda Familiar dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91).....	36
Gráfico 7 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Situação Empregatícia dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	37
Gráfico 8 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Situação Conjugal dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	37
Gráfico 9 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Ano do Diagnóstico dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	38
Gráfico 10 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Tempo de Tratamento dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	39
Gráfico 11 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Forma de Transmissão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91) .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em inglês
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CEAT-VIH	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCCI/MS	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Agência de Alimentos e Remédios
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IP	Inibidores de Protease
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRN	Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
ITRNN	Inibidores Não-Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
LT-CD4+	Linfócitos TCD4+
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
TARV	Terapia Antirretroviral
TASP	Tratamento como Prevenção
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS	Programa Conjunto Das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS, em português

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Justificativa .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 Geral .....	16
2.2 Específicos .....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
3.1 Fisiopatologia .....	17
3.2 Epidemiologia .....	19
3.3 Tratamento Farmacológico .....	20
3.4 Brasil no cenário HIV/AIDS.....	21
3.5 Adesão Terapêutica .....	23
3.6 CEAT - VIH .....	24
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>26</b>
4.1 Delineamento e Local da Pesquisa .....	26
4.2 População/Amostra .....	26
4.3 Caracterização para ser considerado apto ao estudo.....	26
4.3.1 Critérios de inclusão.....	26
4.3.2 Critérios de exclusão .....	26
4.4 Coleta de dados .....	27
4.5 Instrumentos de Pesquisa .....	27
4.6 Análises dos Resultados .....	27
4.7 Aspectos Éticos.....	27
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>54</b>
<b>APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES</b> .....	<b>57</b>
<b>APÊNDICE C - DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES</b> .....	<b>58</b>

<b>ANEXO A - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO “QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL” (CEAT-VIH, VERSÃO EM PORTUGUÊS [BRASIL]).....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO B - PONTUAÇÕES MÍNIMAS E MÁXIMAS DO QUESTIONÁRIO CEAT-VIH.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS.....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o agente responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é um dos principais causadores de problemas de saúde pública, afetando tanto países subdesenvolvidos, quanto desenvolvidos. As consequências negativas oriundas desse vírus, comprometem não somente o paciente, mas seus familiares, a sociedade e os órgãos públicos. Segundo Freitas *et al.* (2018), houve um declínio mundial de 16% da transmissão desde 2010 em virtude dos programas de prevenção adotados. Entretanto, em relação ao cenário global e das últimas estatísticas obtidas em 2021, cerca de 37,7 milhões de pessoas têm o diagnóstico de HIV/AIDS, tendo sido 1,5 milhões dessas pessoas infectadas pelo vírus nesse mesmo ano (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2021).

Diante desse cenário, algumas medidas foram implantadas, como a meta “90-90-90”, cujo objetivo seria que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) soubessem que têm o vírus, 90% de todas as pessoas diagnosticadas com o vírus recebessem o tratamento correto e ininterrupto e 90% de todas as pessoas que fazem uso desse tratamento tivessem supressão viral (MENEZES *et al.*, 2018).

Segundo Ferreira *et al.* (2020), até junho de 2018 foram diagnosticados 982.129 mil casos de AIDS no país, com maior crescimento nas regiões Norte e Nordeste. Apesar desses números, o contexto brasileiro atual é referência mundial de tratamento e prevenção do vírus, devido à acessibilidade e à universalidade do sistema de saúde, que garante tratamento gratuito e imediato para todos os casos positivos. Além de assumirmos o compromisso com a meta “90-90-90”, anualmente há um rastreamento do progresso da meta, com intervenções e tomadas de decisões quando necessárias (LOCH *et al.*, 2020).

Para atingir uma supressão viral, os níveis de adesão ao tratamento devem ser acima de 95% da tomada de doses prescritas, e este percentual sofre influência direta de barreiras que vão desde os aspectos sociais, econômicos, fatores relacionados à doença, familiares, relação entre paciente-profissional da saúde, dentre outros. Esse nível de adesão não é consensual entre os pesquisadores, tendo as literaturas atuais apresentado divergências, porém continua sendo adotada essa porcentagem. Logo, a terapia antirretroviral (TARV) tem como objetivo reduzir a carga viral a níveis indetectáveis, promover o aumento de vida e qualidade de vida desses pacientes, reduzir a progressão da doença e o aparecimento de infecções oportunistas (ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020; FERREIRA *et al.*, 2020).

A adesão é um processo dinâmico e multidimensional no tratamento farmacológico de uma doença, envolvendo sua tomada na dose e frequência prescritas. Seu correto monitoramento é necessário para que haja uma eficácia no tratamento preconizado. Atualmente, o protocolo clínico brasileiro recomenda o início imediato da TARV a todos os adultos positivos para o HIV, independente do comprometimento sorológico (VALE *et al.*, 2018).

Entretanto, devido à ausência de um “padrão-ouro” de rastreamento, diversos métodos são utilizados com o intuito de averiguar essa adesão. Esses métodos podem ser diretos (análise biológica e a adição de um traçador ao medicamento ingerido) ou indiretos (autorrelato, registro de dispensação de medicamentos e contagem de comprimidos) e são utilizadas estratégias para melhorar esses índices (CARVALHO *et al.*, 2019; VALE *et al.*, 2018).

O “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*”, traduzido para o português como “Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” ou CEAT-VIH, é um exemplo de método indireto validado no Brasil e com fácil aplicação (OLIVEIRA *et al.*, 2020). É um instrumento já utilizado em vários estudos, sendo o foco deste estudo para a avaliação dos níveis de adesão de um hospital de referência de Fortaleza/CE.

## 1.1 Justificativa

Por se tratar de um dos mais graves problemas de saúde pública do país, a infecção pelo HIV representa uma questão complexa e que merece destaque. Com o desenvolvimento e ampliação de novos fármacos na década de 90, houve uma redução na morbidade e mortalidade no cenário global. Segundo Luccas (2020), em relação ao Brasil, ainda que a taxa de mortalidade apresente queda em sua totalidade, pesquisas realizadas nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste do país nos últimos 10 anos, indicam crescimento na taxa de mortalidade.

Diferente de outras doenças crônicas, para o efetivo controle da infecção pelo HIV, é necessário que a adesão esteja com índices próximos a 100%, índice que vai de encontro às barreiras encontradas pelos pacientes, devido, entre outros fatores, a não aceitação da doença, aos efeitos colaterais advindos do tratamento, à dificuldade de transporte em busca da medicação e mesmo a discriminação enfrentada (LUCCAS, 2020; MENEZES *et al.*, 2018).

Apesar das diversas estratégias realizadas cuidadosamente para a manutenção do bem-estar do paciente e das múltiplas opções terapêuticas para o tratamento das PVHIV, é importante para o hospital considerar as falhas e identificar em quais grupos majoritários estão inseridos esses pacientes, de forma que sejam discutidas estratégias voltadas a esse público-

alvo, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

Segundo o último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT), a má adesão dos medicamentos é a principal causa de falha ao tratamento, constituindo, também, a causa mais frequente de falha virológica. Entretanto, quando o motivo dessa má adesão é prontamente identificado e resolvido, a supressão viral consegue ser alcançada. Essa identificação precoce contribui para a diminuição da morbimortalidade; redução das infecções oportunistas, principalmente da tuberculose; redução dos gastos públicos com internações; diminuindo, assim, prejuízos individuais e comunitários.

O presente trabalho visa conhecer os fatores que levam os usuários de antirretrovirais (ARV) a não fazerem o uso correto dos medicamentos com base no relato dos mesmos. Tal tema é relevante, pois irá avaliar o perfil dos participantes e as possíveis barreiras relatadas, sendo esses os fatores que poderão contribuir para a eficácia ou ineficácia do tratamento escolhido.

Ademais, o trabalho poderá fomentar possíveis pesquisas científicas sobre a adesão em pacientes HIV+ em instituições de ensino e pesquisa. Apesar da monitorização da carga viral do HIV e da contagem de linfócitos TCD4+, tais dados clínicos apenas monitoram a eficácia do tratamento farmacológico e detectam possíveis problemas com a adesão, mas não indicam com precisão o que atinge esses pacientes, ou os motivos que levam os pacientes a não aderir corretamente a terapia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a adesão farmacológica de pacientes portadores do HIV à terapia antirretroviral, a partir do relato dos portadores da doença.

### **2.2 Específicos**

- Relatar o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores do HIV do estudo;
- Caracterizar a adesão ao tratamento dos pacientes ao tratamento prescrito, com base no Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral – CEAT-VIH;
- Apresentar a distribuição de variáveis sociodemográficas/econômicas/clínicas em relação à baixa adesão.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, a epidemia HIV/AIDS configura-se como um dos problemas mais graves de saúde pública, tendo seus primeiros relatos no início da década de 80 nos Estados Unidos da América (EUA). Nessa época, foram relatados elevados casos clínicos de pacientes masculinos acometidos com pneumonia por *Pneumocystis carinii*, ao aparecimento do Sarcoma de Kaposi, infecções oportunistas, além de estarem imunocomprometidos. Paralelamente, casos parecidos também foram relatados na África Central e no Haiti, principalmente em determinados grupos, como homossexuais, hemofílicos, profissionais do sexo e em usuários de drogas injetáveis (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

Através de amostras sanguíneas de pacientes doentes, os pesquisadores Luc Montagnier e Robert Gallo conseguiram isolar, em 1983, o vírus HIV-1, o causador da pandemia, tendo o comitê internacional recomendado o uso do nome “human immunodeficiency virus”, ou “vírus da imunodeficiência humana”, para designar o causador da nova patologia, a síndrome da imunodeficiência adquirida (“AIDS” em inglês ou “SIDA” em português). Tão logo a descoberta da doença, foram equivocadamente denominados de “4 Hs” os “grupos de risco”, que abrangiam a população de homossexuais masculinos (H1), haitianos (H2), hemofílicos (H3) e heroínômanos - dependentes de heroína (H4) (LUCCAS, 2020).

Atualmente, as pesquisas genéticas indicam que o HIV surgiu no centro-oeste da África. Entretanto, no início da década de 80, não era relatado na África subsaariana a circulação de casos de HIV-1, apenas a variante descoberta em 1986 e que apresentava semelhanças a ele, denominado HIV-2. Possivelmente, devido à ausência de vigilância sanitária, ocorreu a disseminação do novo vírus no ocidente, sendo as mortes confundidas por anos com o Sarcoma de Kaposi (LUCCAS, 2020).

#### 3.1 Fisiopatologia

O HIV é classificado como lentivírus pertencente à família retrovírus, tendo como característica um longo tempo de incubação e infecções persistentes, levando à uma deterioração do sistema imunológico do portador. Caracteriza-se pela infecção e supressão dos linfócitos TCD4+ (LT-CD4+), macrófagos e células dendríticas, que reduzem a defesa do sistema imunitário e, conseqüentemente, levam a uma deficiência imune progressiva (SOUZA *et al.*, 2019).

Devido a essas imunodeficiências progressivas do portador, há um aumento da morbimortalidade, pois quando o número de linfócitos TCD4+ diminui do limiar aceitável, o organismo fica suscetível a infecções oportunistas. Assim, devido ao comprometimento leucocitário e uma linfopenia, o paciente não somente torna-se vulnerável a essas patologias oportunistas, mas também a infecções e mutações, gerando neoplasias, por exemplo (SOUZA *et al.*, 2019).

A diminuição do número de LT-CD4+ ocorre por alguns mecanismos, como a morte de células infectadas; por meio do reconhecimento dos linfócitos T citotóxicos CD8+ que reconhecem as células infectadas e exterminam-as; e também pela apoptose de células espectadoras (PINTO NETO *et al.*, 2021).

A transmissão do vírus pode ser por sangue, lubrificação vaginal, sêmen ou leite materno, onde o HIV presente nesses fluidos podem estar tanto nas formas de partículas livres, quanto nas células imunitárias infectadas. Já as vias principais dessa transmissão podem ser relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou mesmo pela transmissão vertical, durante a gravidez ou amamentação (PINTO NETO *et al.*, 2021).

Em indivíduos não tratados, a infecção pelo HIV tem um tempo médio de 10 anos entre o contágio e o aparecimento da doença. Como em outros processos infecciosos virais, a exposição ao vírus leva a um conjunto de evidências clínicas, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA). Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas HIV/AIDS (2018), a SRA é autolimitada, tendo os sinais e sintomas desaparecendo em até quatro semanas. Entretanto, devido à SRA ser semelhante a outras infecções, o diagnóstico inicial por HIV pode ser mascarado nessa fase inicial.

Em relação ao diagnóstico, é fundamental que seja rastreado tão cedo possível, pois os benefícios terapêuticos acarretam um melhor prognóstico, restaurando a imunidade do paciente. É considerado diagnóstico tardio quando o paciente se descobre soropositivo com a contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e/ou com sintomas clínicos de doença definidora de AIDS. O diagnóstico tardio é relatado principalmente em países de baixa e média renda, onde cerca de 30-40% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) iniciaram a terapia antirretroviral após os valores dos linfócitos TCD4+ estarem abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> ou já possuírem alguma doença relacionada à AIDS. Para identificar a fase de progressão da doença, são utilizados parâmetros clínicos e imunológicos (ANTONINI *et al.*, 2022).

Em relação à AIDS, caracteriza-se como uma manifestação clínica avançada decorrente da infecção pelo HIV, sendo uma doença crônica sem cura, apenas tratamento. Gera uma imunodeficiência grave, infecções e neoplasias, tendo como consequência fatal a morte. A

AIDS não somente representa um grave problema de saúde pública, mas também um caráter pandêmico (CARVALHO *et al.*, 2019).

Também cabe brevemente relatar que a infecção pelo HIV é uma das principais causas para o desenvolvimento da Tuberculose (TB) ativa, sendo aproximadamente 13% dos casos de TB ocorrendo em PVHIV. A TB é a principal causa de morte de PVHIV e a segunda maior causa de mortes por doenças infecciosas. Assim, a adesão ao tratamento do HIV/AIDS é necessária não somente para o controle da doença primária, mas para as outras infecções oriundas (LEMOS *et al.*, 2016).

### 3.2 Epidemiologia

Atualmente, a prevalência da infecção pelo HIV ainda é uma preocupação global. Isso se deve aos números altos, sendo as últimas estatísticas contando com uma média de 37,7 milhões de pessoas no mundo inteiro vivendo com HIV; apenas 28,2 milhões de pessoas tendo acesso à terapia antirretroviral e, em média, 680 mil pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS em 2020 (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2021).

Apesar das taxas de incidência e da prevalência da infecção variarem substancialmente, os países mais severamente afetados são os que estão em desenvolvimento, sendo a África subsaariana o pior cenário (FEDATTO, 2017).

A infecção por HIV e AIDS consta na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças. Todavia, há subnotificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de lacunas no registro de informações, de forma que inviabiliza compreender onde estão as vulnerabilidades e definir estratégias mais voltadas à cada grupo. Uma parcela dessa subnotificação deve-se à transferência de informações da base de dados entre municípios, estados e Federação (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

Também é necessário relatar que nos últimos anos foram obtidos avanços no combate ao HIV, como em 2014, em que o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) declarou como objetivo o fim da epidemia em 2030 e estabeleceu a meta “90-90-90”, onde previa que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV estivessem cientes do seu diagnóstico, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV estivessem recebendo tratamento e 90% de todas as pessoas recebendo o tratamento tenham carga viral indetectável (ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020; LOCH *et al.*, 2020).

Entretanto, alguns principais obstáculos mundiais ao alcance dessa meta são a ausência ou atraso do diagnóstico; barreiras relatadas na oferta do tratamento, como os custos

de medicamentos e barreiras estruturais; além da inadequada ou falta de adesão ao tratamento (FRANCISCO *et al.*, 2021).

Acerca da estrutura sociodemográfica e clínica dos pacientes, o perfil predominante dos casos de HIV é de homens na faixa etária de 20 a 34 anos. A média é que haja 26 homens infectados para cada dez mulheres, sendo a principal via de transmissão a sexual. Já em relação à exposição sexual, há uma predominância por relacionamentos homossexuais ou bissexuais (51,3% dos casos), contra 31,4% dos relacionamentos heterossexuais. Nota-se, também, uma concentração de pessoas com ensino médio completo para infecções com o HIV e menor escolaridade para os casos de AIDS (FRANCISCO *et al.*, 2021; ANTONINI *et al.*, 2022).

### **3.3 Tratamento Farmacológico**

O tratamento farmacológico do HIV tem como objetivo primordial melhorar a qualidade e expectativa de vida dos pacientes através da redução da taxa de replicação viral, redução das infecções/patologias oportunistas e o bloqueio do progresso para a AIDS (SILVA *et al.*, 2019).

Acerca da história do tratamento preconizado, a Zidovudina (AZT) foi aprovada em 1986 pela Agência de Alimentos e Remédios Norte-Americana (FDA) e em 1991 no Brasil. Inicialmente, a terapia antirretroviral (TARV) consistia em apenas um medicamento, vindo a modificar entre 1993 e 1994 para a TARV dupla e posteriormente a TARV tripla, tornando-se padrão mundial em 1996 (CARVALHO *et al.*, 2019). Atualmente, são utilizadas cinco classes de antirretrovirais: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN); Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN); Inibidores de Protease (IP); Inibidores de Fusão e Inibidores da Integrase.

No Brasil, a terapia inicial preconizada deve incluir uma combinação de três medicamentos antirretrovirais, mas em duas classes de medicamentos, sendo dois ITRN/ITRNN associados à outra classe, considerando o uso racional, posologia, efetividade, eficácia e toxicidade (PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2018).

Devido a TARV ser composta por três antivirais combinados e com diferentes mecanismos de ação, podem ocasionar alguns efeitos adversos e distúrbios metabólicos, como *rash*, diarreia, náusea, comprometimento do sistema nervoso central e hepatotoxicidade, que podem levar os pacientes à uma menor adesão ao tratamento (SOUZA *et al.*, 2019).

Como citado anteriormente, o sucesso da TARV depende primariamente do diagnóstico tão cedo possível. Além disso, fatores como o tratamento adequado e a alta adesão

dos pacientes aos esquemas terapêuticos fazem com que o paciente tenha uma vida estável (VALE *et al.*, 2018).

### 3.4 Brasil no cenário HIV/AIDS

No Brasil, os primeiros relatos de casos são do início da década de 80. Já a distribuição gratuita do primeiro medicamento referência para o HIV iniciou a partir de 1996 com o decreto da Lei n. 9.313, além do desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes (FREITAS *et al.*, 2020). Outro avanço do país ocorreu em 2013, com a recomendação do início imediato da TARV a todos os pacientes que apresentarem carga viral detectável, independente dos valores (CARVALHO *et al.*, 2019).

Assim, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a ofertar gratuitamente e universalmente o tratamento necessário para todos os portadores do HIV e com doenças oportunistas definidoras da AIDS. Devido a essa política, os números gerais de morbimortalidade, internações hospitalares, transmissão vertical e horizontal e riscos de resistência aos medicamentos diminuíram. Essas estimativas foram possíveis principalmente em razão do desenvolvimento e uso da TARV, tornando a infecção pelo HIV uma doença crônica (JANKOVITZ *et al.*, 2020).

Apesar de existirem políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) de combate à infecção pelo HIV, com o auxílio de diferentes serviços de saúde através dele (testagem, aconselhamento, seguimento clínico, acesso à terapia antirretroviral, distribuição gratuita de preservativos, profilaxias pré e pós-exposição), o país enfrenta algumas barreiras, como o diagnóstico tardio. Quanto mais tarde os pacientes forem diagnosticados, maior a chance de morte associada à AIDS ou outras doenças relacionadas (ANTONINI *et al.*, 2022).

Além disso, outro obstáculo frequentemente relatado é a não-adesão farmacológica por diversos motivos. Para tentar sanar essa dificuldade, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Serviço de Assistência Especializada (SAE). O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial e, por meio de uma equipe multiprofissional, realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais (JANKOVITZ *et al.*, 2020).

Apesar dos números de casos de AIDS em quase todo o país ter tido uma diminuição, parte dessa redução pode estar relacionada à subnotificação, além do estado atual ocasionado pela pandemia de COVID-19. De acordo com os últimos dados reportados pelo “Boletim Epidemiológico HIV/AIDS” do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e

Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI/MS), o Brasil notificou de 2007 até junho de 2021, 381.793 casos de HIV.

Signatário da meta “90-90-90”, o Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu, em 2013, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT) a fim de alcançar essa meta, tendo como objetivo principal fornecer informações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento e progresso da qualidade de vida das PVHIV (PRIMEIRA *et al.*, 2020). São necessários avanços para alcançarmos essa meta, porém o sistema universal de saúde e o amplo acesso ao tratamento farmacológico do HIV são destaque e referência para outros países (FREITAS *et al.*, 2018).

Também a partir da criação do PCDT em HIV/AIDS, foi introduzido o conceito de Tratamento como Prevenção (TasP), uma estratégia à meta “90-90-90”, que consiste no início imediato da TARV tão logo o diagnóstico seja confirmado, independente da carga viral plasmática e da contagem de LT-CD4+. Essa estratégia busca romper a cadeia de transmissão do vírus circulante na população (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Assim, o reforço ao TasP é de fundamental importância para o controle do HIV no país, já tendo sido relatadas evidências científicas em que pessoas soropositivas que não apresentam carga viral detectável a longo prazo não transmitem o vírus nas relações sexuais (SEIDL; REMOR, 2020).

Já a “Prevenção Combinada”, elaborada em 2017, associa diferentes métodos de prevenção, que podem ser escolhidos e combinados, são eles: Testagem regular para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); prevenção da transmissão vertical; imunização para as hepatites A e B; redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; tratamento das IST e das hepatites virais; uso do preservativo masculino, feminino e gel lubrificante e o tratamento para todas as PVHIV. Esses métodos são baseados na individualidade e nos grupos sociais que esses pacientes se inserem (FRANCISCO *et al.*, 2021).

Ainda que existam números significativos de casos e subnotificações de PVHIV, o Brasil continua sendo referência mundial na dispensação e tratamento ágil. Mas essa modificação para o cenário atual da infecção só foi possível devido às políticas públicas implantadas, incluindo medidas de prevenção educativa e a distribuição da terapia antirretroviral. Esse controle da doença por meio da TARV tem como objetivo impedir a replicação viral e aumentar o tempo e qualidade de vida dos pacientes (SOUZA *et al.*, 2019). Entretanto, para o melhor manejo da infecção, o tratamento com a TARV deve ser iniciado tão logo o diagnóstico esteja confirmado e não deve ser interrompido, independente da contagem

de TCD4+ e da carga viral plasmática. Assim, o objetivo inicial da TARV não é somente reduzir a carga viral, mas mantê-la indetectável. É necessário salientar que o governo brasileiro é responsável por um avanço nas políticas de tratamento, mas que ainda existem lacunas nas políticas de prevenção (OLIVEIRA *et al.*, 2020; FRANCISCO *et al.*, 2021).

### 3.5 Adesão Terapêutica

A adesão ao tratamento, ou adesão farmacológica, é um fenômeno complexo, multidimensional, colaborativo e de responsabilidade do paciente. A partir do entendimento de seu benefício e da necessidade do tratamento ininterrupto, fatores como complicações futuras, mortalidade e agravamento da doença serão reduzidos. Além disso, para o sistema de saúde a vantagem está na diminuição com custos de internação por infecções oportunistas e diminuição da necessidade de novos medicamentos. Assim, investir em métodos que aumentem a eficácia no tratamento para o HIV é um dos principais desafios para os sistemas de saúde, sendo necessários pensar em processos para a sua implementação (MENEZES *et al.*, 2018).

Diferente de outras condições crônicas em que a adesão não precisa, necessariamente, de uma rigidez, o processo entendido para a adesão à TARV preconizado atualmente no Brasil seria de 95% da tomada das doses prescritas. Ainda que existam estudos relatando que a adesão consegue ser eficaz em valores inferiores, não há um consenso atual sobre esses valores, permanecendo os índices de 95% (CARVALHO *et al.*, 2019).

Apesar da adesão ser responsabilidade do paciente, fatores relacionados a ele (físicos e psicológicos), à doença, cooperação paciente-profissionais da saúde, aspectos sociais, comportamentais e culturais podem influenciar no tratamento e na adesão (SEIDL; REMOR, 2020).

Em relação aos fatores relacionados a não adesão à TARV, diversos estudos são realizados para analisá-los. Apesar dos resultados serem controversos, algumas barreiras costumeiramente são relatadas nesses estudos, como: Estado civil, havendo predominância dos solteiros, uma vez que possivelmente são menos cuidadosos. A escolaridade também é um ponto-chave frequentemente relatado, acumulando relatos de baixa adesão quando há menor nível de escolaridade, onde esses pacientes podem carecer de acesso às informações sobre a própria doença (FERREIRA *et al.*, 2020; SEIDL; REMOR, 2020). A renda mensal também é relatada em estudos, uma vez que pode influenciar na adesão, pois ainda que o tratamento seja feito pela rede pública gratuitamente, há dificuldade de locomoção para ter acesso aos serviços especializados (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em relação ao sexo, há um predomínio da baixa

adesão às mulheres em vários estudos, onde possivelmente as mulheres colocam os interesses dos seus cônjuges acima dos seus (FREITAS *et al.*, 2020).

Também outra dificuldade relatada se refere aos efeitos colaterais próprios dos medicamentos, como náuseas e epigastralgia. Já o apoio familiar é destacado por alguns pacientes como um fator relevante para uma boa adesão, uma vez que a família exerce um importante papel no acolhimento desses pacientes. A boa adesão também pode ser alcançada pelo bom relacionamento entre os pacientes e os profissionais de saúde por meio da comunicação. Aliado, temos a participação da educação em saúde como um fator preponderante para a obtenção de bons resultados, pois são atividades que permitem a transmissão de conhecimento sobre a própria doença e medicação. Por último, o uso de drogas e álcool são meios preponderantes para o abandono da TARV (FREITAS *et al.*, 2018; MIRANDA *et al.*, 2022).

A baixa adesão ou mesmo a sua ausência podem ocasionar resistência aos medicamentos, tendo como consequência a necessidade de esquemas terapêuticos mais complexos ou maior número de medicamentos. Para que o uso correto dos medicamentos seja possível, é necessário considerar estratégias comunitárias que promovam uma boa assistência em saúde (PEREZ; CHAGAS; PINHEIRO, 2021).

Visando obter informações acerca da adesão farmacológica dos pacientes, existem métodos diretos e indiretos, que são desenvolvidos e aplicados para uma melhor identificação e elucidação do tratamento prescrito. Como não existe um “padrão-ouro” para avaliar a adesão, esses métodos são realizados com o intuito dessa identificação. Como exemplo de métodos diretos temos a análise biológica e a adição de um traçador ao medicamento ingerido (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012). Já como métodos indiretos podem ser usados o método da “contagem de comprimidos”; questionários; os dados da dispensação de medicamentos na farmácia e até mesmo métodos eletrônicos, como a “Monitorização eletrônica da medicação” (MEMS). O relato do paciente, entretanto, tem sido a melhor fonte para avaliar a adesão na prática clínica, pois tem um baixo custo, é prático, fácil e rápido de aplicar (FREITAS *et al.*, 2020).

### **3.6 CEAT - VIH**

Como dito anteriormente, devido às suas limitações de monitoramento e continuidade, ainda não há consenso definido para “má” ou “boa” adesão à TARV, mas o que temos atualmente são escalas validadas com o intuito de analisar essa adesão. Assim, o enfoque deste trabalho é um método indireto feito através de um questionário, o “*Cuestionario para la*

*Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (ANEXO A), traduzido e adaptado para o português como “Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” ou CEAT-VIH (PRIMEIRA *et al.*, 2020). Esse questionário foi adaptado e validado pelo centro especializado em atendimento de pacientes infectados pelo HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Sul pelos pesquisadores Remor, Milner-Moskovics e Preussler no ano de 2005, servindo para identificar a adesão ao tratamento antirretroviral (MENEZES *et al.*, 2018).

O CEAT-VIH é uma ferramenta composta por 20 perguntas, das quais 17 tem uma escala *Likert* de 5 pontos, ou seja, com 5 opções de respostas e podendo atingir até 89 pontos. Já a questão 5 varia de 0 a 2 pontos, sendo 0 para pacientes que não souberam responder o nome do medicamento e a dose; 1 ponto para pacientes que responderam alguma dessas informações e 2 pontos quando a resposta é completa. Para as questões 19 e 20, a pontuação pode ser 0 ou 1, sendo que as respostas positivas na questão 19 e negativas da questão 20 recebem 0 pontos (PEREZ; CHAGAS; PINHEIRO, 2021).

Essa ferramenta tem um caráter multidimensional, pois aborda os principais fatores que podem interferir na adesão farmacológica, sendo divididas em 5 domínios: Conformidade com o tratamento, antecedentes de falha de adesão, comunicação entre profissional de saúde e paciente, crenças pessoais e expectativas em relação ao tratamento, e satisfação com o tratamento (PRIMEIRA *et al.*, 2020).

É um instrumento de fácil e rápida aplicação, classificado em três grupos: Adesão baixa/inadequada (score bruto  $\leq 74$ ; percentil  $\leq 49$ ), adesão boa (score bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou adesão estrita (score bruto  $\geq 80$ ; percentil  $\geq 85$ ), onde a pontuação total bruta é obtida pelo somatório de todos os itens, sendo o valor mínimo 17 e o valor máximo 89 (ANEXO B), onde quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão (LEMOS *et al.*, 2016).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento e Local da Pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, em que a abordagem ocorreu por meio de um questionário presencial. Foram avaliados aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, clínico e a avaliação da adesão terapêutica por meio do “Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” (ANEXO A). O projeto foi realizado no período entre setembro de 2021 a junho de 2022 e a pesquisa realizada na Associação Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ Brasil) do Estado do Ceará. A Associação é parceira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e atua no fortalecimento de pessoas soropositivas do Estado.

### **4.2 População/Amostra**

A população constou dos pacientes diagnosticados com o vírus da imunodeficiência humana e a amostra foi definida por voluntários da Associação que fazem a dispensação dos medicamentos no Hospital São José, sendo obedecidos os critérios de inclusão e exclusão. A amostra foi definida por conveniência conforme o número de respondentes do questionário aplicado em reunião mensal da Associação.

### **4.3 Caracterização para ser considerado apto ao estudo**

#### ***4.3.1 Critérios de inclusão***

- Pacientes portadores de HIV de ambos os sexos;
- Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Pacientes com diagnósticos de HIV há mais de seis meses;
- Pacientes cadastrados na Unidade de Dispensação de Medicamentos da Instituição parceira.

#### ***4.3.2 Critérios de exclusão***

- Pacientes que no momento do questionário presencial não apresentem condições físicas e/ou mentais para responder o questionário;
- Pacientes em regimes privados de liberdade ou institucionalizados;
- Pacientes não alfabetizados;
- Questionários respondidos incompletos.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para a coleta de informações, os participantes foram convidados a participar da pesquisa no dia da reunião mensal da associação e nos dias posteriores. Após serem informados acerca dos objetivos da pesquisa, o questionário físico e individual foi repassado. Nenhum dado de identificação foi utilizado para a análise, assim como para a publicação dos resultados.

#### **4.5 Instrumentos de Pesquisa**

Foram utilizadas fichas previamente elaboradas pela pesquisadora, para descrever o perfil sociodemográfico, econômico e clínico com respostas objetivas. O tempo médio de preenchimento de todas as respostas foi de 3 minutos. Aliado a essa ficha, foi anexado o “Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” (ANEXO A), através da qual foi avaliada a adesão aos medicamentos. As perguntas estavam divididas em 20 itens, sendo duas questões subjetivas e as demais objetivas.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, as variáveis obtidas foram: Identidade de sexo, idade, escolaridade, renda, situação empregatícia e situação conjugal.

Em relação aos aspectos clínicos, as variáveis obtidas foram: Tempo de diagnóstico da infecção por HIV, tempo de uso dos antirretrovirais e forma de exposição.

#### **4.6 Análises dos Resultados**

Após a obtenção dos dados, houve o tratamento e a análise, visando constatar o objetivo central deste estudo, que é avaliar se há adesão farmacológica dos pacientes HIV + à terapia antirretroviral. A adesão foi analisada através dos resultados do questionário CEAT-VIH, utilizando a classificação em três grupos: adesão baixa/ insuficiente (escore bruto  $\leq 74$ ), adesão boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79) e adesão estrita (escore bruto  $\geq 80$ ).

Para essa análise, os dados coletados foram reunidos e submetidos à análise estatística, através de cálculos percentuais simples e organizados em tabelas de frequência absolutas e percentuais no programa Microsoft Office Excel® 2016 para Windows.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará pela Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, onde foi considerado o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Para qualquer procedimento adotado neste estudo, todos os participantes foram adequadamente informados sobre os

objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Vale salientar que a pesquisa não trouxe nenhum tipo de constrangimento ao paciente ou aos familiares, uma vez que foi exclusivamente para uso deste estudo, sendo garantido o sigilo dos dados confidenciais, como também nenhum prejuízo foi acarretado ao paciente.

O projeto foi aprovado por ambos os comitês, o da UFC, Universidade Federal do Ceará, com o número do parecer de aprovação 5.403.966 e do hospital parceiro onde há a dispensação dos medicamentos (ANEXO C).

## 5 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 93 pessoas vivendo com HIV/AIDS, participantes da RNP+ CE e que fazem a dispensação da TARV no Hospital São José de Doenças Infecciosas. Dentre os questionários, 2 foram excluídos por estarem incompletos. Os resultados estão apresentados em tabelas, com resultados em números absolutos e percentuais.

Primeiramente, os resultados apresentados são referentes à distribuição dos dados sociodemográficos e clínicos (Tabela 1).

Os resultados apresentados na Tabela 1, evidenciam o predomínio de pessoas do sexo masculino (48,35%) e faixa etária entre 40 e 49 anos (36,26%). A escolaridade majoritária foi o ensino médio completo (35,16%), com renda familiar de até 1 salário-mínimo (93,41%). Quanto à situação empregatícia, a maior parte estava desempregada (54,95%). Em relação à situação conjugal, 56,04% dos entrevistados estavam solteiros.

Em relação aos dados clínicos, o ano predominante da descoberta do diagnóstico foi anterior a 2019 (89,01%), com um maior percentual (97,80%) de pessoas em uso da TARV há mais de 1 ano. A amostra foi caracterizada por prevalência na forma de transmissão sexual (61,54%).

Tabela 1 — Dados Sociodemográficos e Clínicos dos pacientes, 2022 (n = 91)

Variáveis	F	%
1. Sexo		
Masculino	44	48,35%
Feminino	40	43,96%
Não-Binário	6	6,59%
Prefiro não informar	1	1,10%

Variáveis	F	%
<b>2. Idade</b>		
18 - 29 anos	8	8,79%
30 - 39 anos	12	13,19%
40 - 49 anos	33	36,26%
50 - 59 anos	28	30,77%
Acima de 59 anos	10	10,99%
<b>3. Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	23	25,27%
Ensino fundamental completo	18	19,78%
Ensino médio incompleto	11	12,09%
Ensino médio completo	32	35,16%
Ensino superior incompleto	4	4,40%
Ensino superior completo	3	3,30%
<b>4. Renda Familiar*</b>		
0-1 salário-mínimo	85	93,41%
2 - 3 salários-mínimos	5	5,49%
4 - 5 salários-mínimos	1	1,10%
6 - 10 salários-mínimos	0	0,00
Acima de 11 salários-mínimos	0	0,00
<b>5. Situação Empregatícia</b>		
Emprego fixo	4	4,40%
Autônomo(a)	17	18,68%
Aposentado(a)	12	13,19%
Desempregado(a) / Não trabalho	50	54,95%
Outro	8	8,79%

Variáveis	F	%
<b>6. Situação Conjugal</b>		
Solteiro(a)	51	56,04%
Casado(a)	8	8,79%
Vivendo com companheiro(a)	16	17,58%
Separado(a) / Divorciado(a)	9	9,89%
Viúvo(a)	7	7,69%
Variáveis	F	%
<b>7. Ano do Diagnóstico</b>		
2022	1	1,10%
2021	1	1,10%
2020	2	2,20%
2019	6	6,59%
Antes de 2019	81	89,01%
<b>8. Tempo de Tratamento</b>		
Menos de 6 meses	0	0,00
6 - 12 meses	2	2,20%
Acima de 1 ano	89	97,80%
<b>9. Forma de Transmissão</b>		
Sexual	56	61,54%
Drogas injetáveis	0	0,00
Transfusão de hemoderivados	0	0,00
Não sei	32	35,16%
Prefiro não informar	3	3,30%

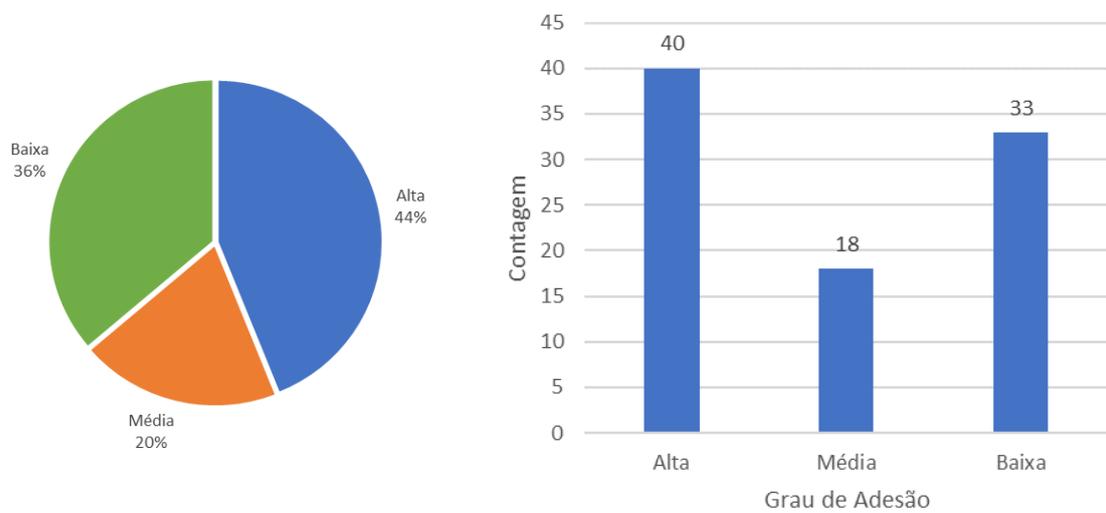
\* Salário Mínimo em 2022: R\$ 1.212,00.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os dados apresentados a seguir indicam os níveis de adesão dos entrevistados. No gráfico 1 e na tabela 2, os dados são informados em números percentuais e absolutos.

Para o gráfico 2 e a tabela 3, a boa adesão é formada por pacientes que apresentaram pontuações médias e altas; e a má adesão por aqueles que não apresentaram escores bons segundo o CEAT-VIH.

Gráfico 1 — Adesão dos Entrevistados quanto ao Tratamento Farmacológico segundo escalas percentual e linear, classificada em Alta, Média e Baixa, 2022 (n = 91)



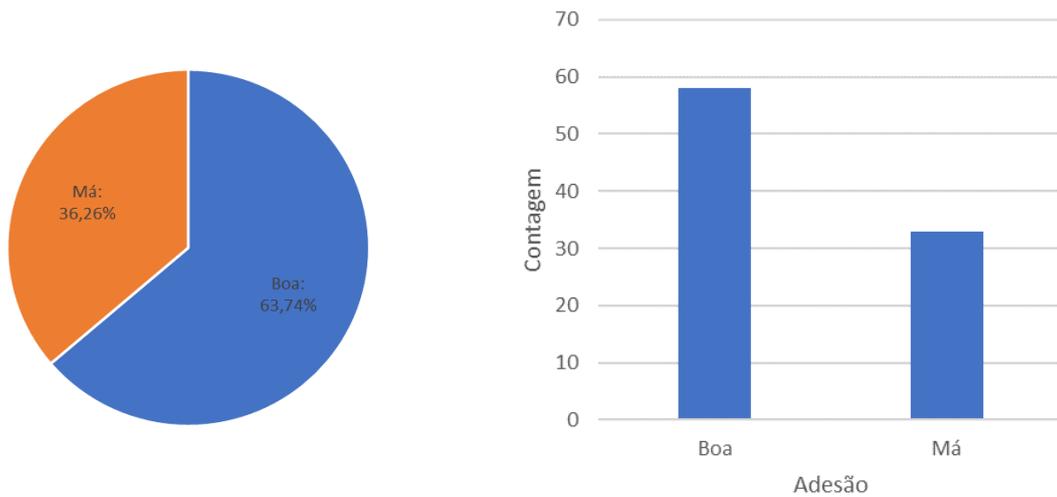
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 2 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, classificada em Alta, Média e Baixa, 2022 (n = 91)

Variáveis	F	%
1. Níveis de Adesão		
Baixo / Inadequado (Escore $\leq 74$ )	33	36,26%
Médio ( $75 \leq$ Escore $\leq 79$ )	18	19,78%
Alto (Escore $\geq 79$ )	40	43,96%

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Gráfico 2 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico segundo escalas percentual e linear, classificada em Boa e Má, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 3 — Adesão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, classificada em Má e Boa 2022 (n = 91)

Variáveis	F	%
1. Adesão		
Má	33	36,26%
Boa	58	63,74%

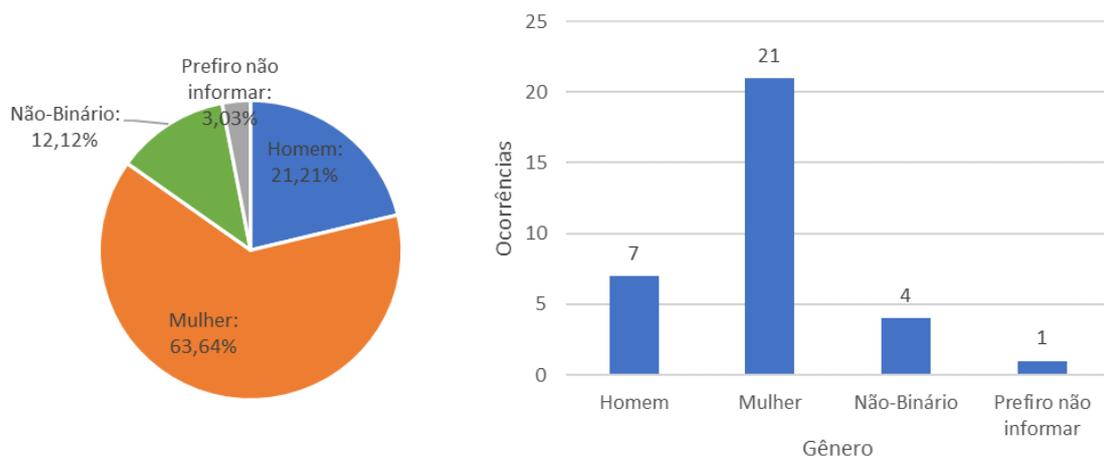
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Dos 91 entrevistados neste estudo, foi observado que os participantes obtiveram proporcionalmente uma adesão alta (44%) segundo o CEAT-VIH, seguido de uma baixa (36%) e média (20%) adesão. O escore mínimo obtido foi de 29 e o máximo de 88.

Em relação somente à má adesão, dos 91 entrevistados, 33 deles não estavam cumprindo o regime terapêutico de forma correta. Diante disto, foi feita a análise em separado deste grupo de participantes, frente ao grupo total da pesquisa (Tabela 3).

Por último, os gráficos apresentados a seguir são relacionados apenas à distribuição sociodemográfica e clínica dos pacientes que apresentaram má adesão.

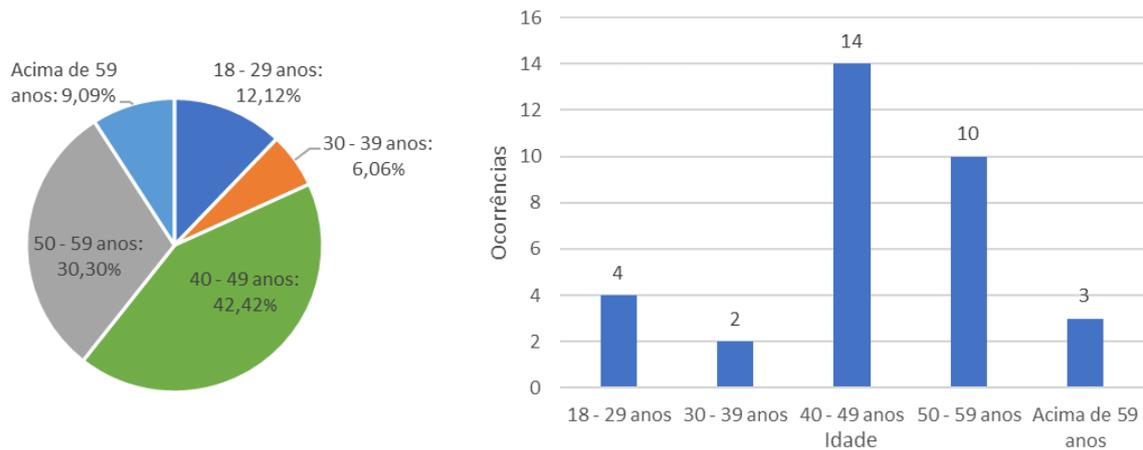
Gráfico 3 — Distribuição da Má Adesão por Sexo dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação ao sexo (Gráfico 3), 63,64% dos pacientes com má adesão são mulheres, seguidos por homens (21,21%) e não-binários (12,12%).

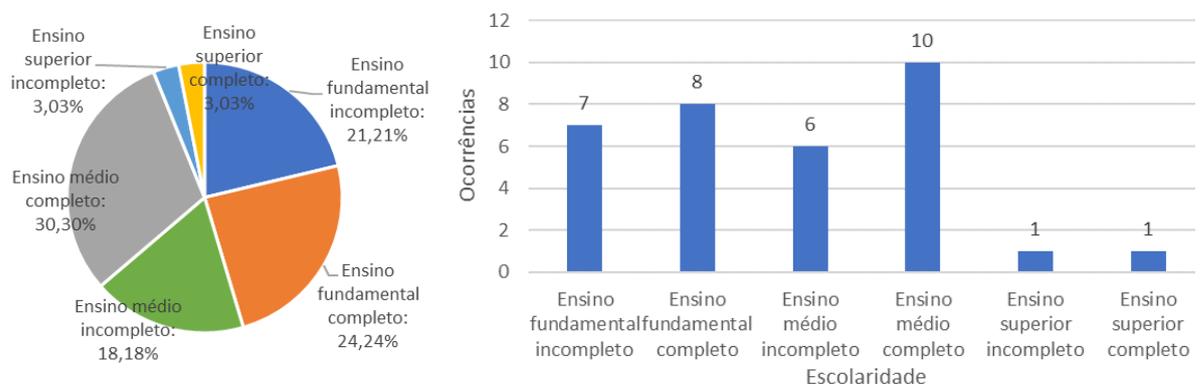
Gráfico 4 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Faixa Etária dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Para a faixa-etária (Gráfico 4), a predominância da má adesão está contida em indivíduos de 40-49 anos (42,42%), seguido pela parcela de 50-59 anos (30,30%).

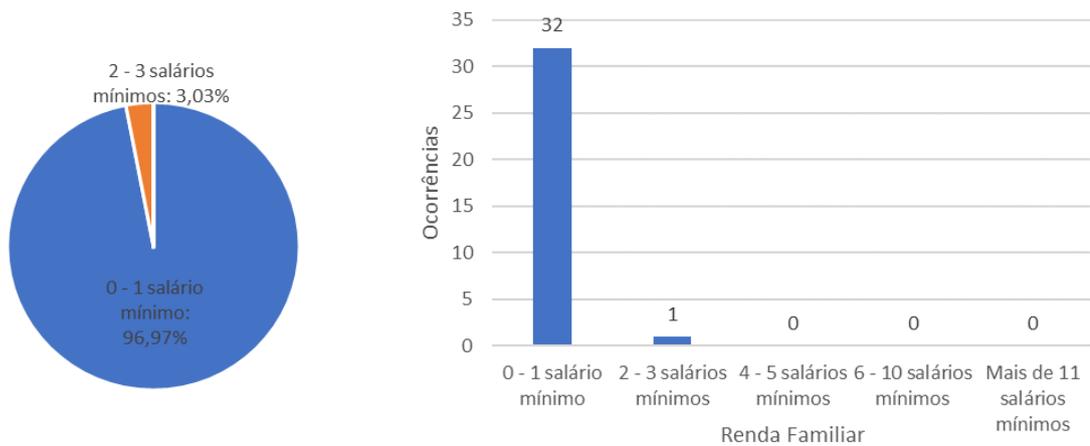
Gráfico 5 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Escolaridade dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Já para a escolaridade (Gráfico 5), o ensino médio completo e ensino fundamental completo estão com valores semelhantes, sendo o primeiro com 30,30% e o segundo representando 24,24% da população com má adesão.

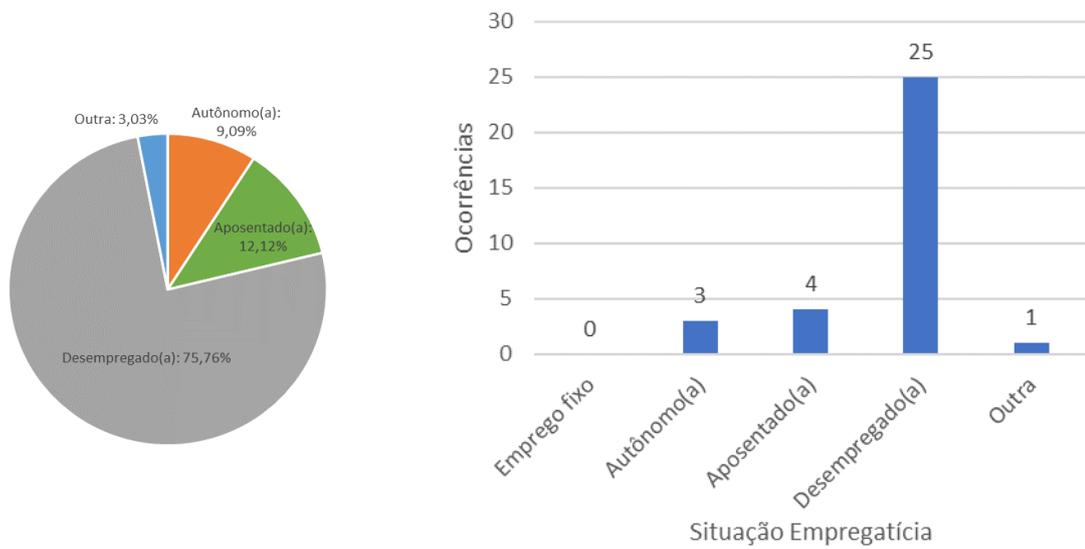
Gráfico 6 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Renda Familiar dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022),

A renda familiar (Gráfico 6) em quase sua totalidade é 96,97%, valor que representa 32 pessoas. Apenas 1 pessoa obteve um salário superior, de 2-3 salários-mínimos (3,03%).

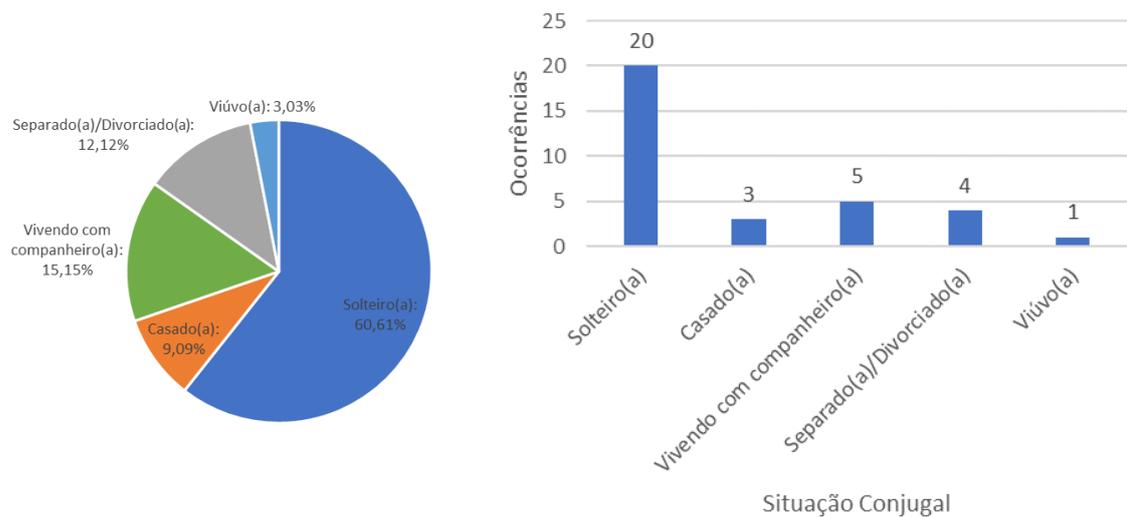
Gráfico 7 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Situação Empregatícia dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Para a situação empregatícia (Gráfico 7), a predominância é encontrada em pacientes desempregados (75,76%), seguido por aposentados (12,12%) e autônomos (9,09%).

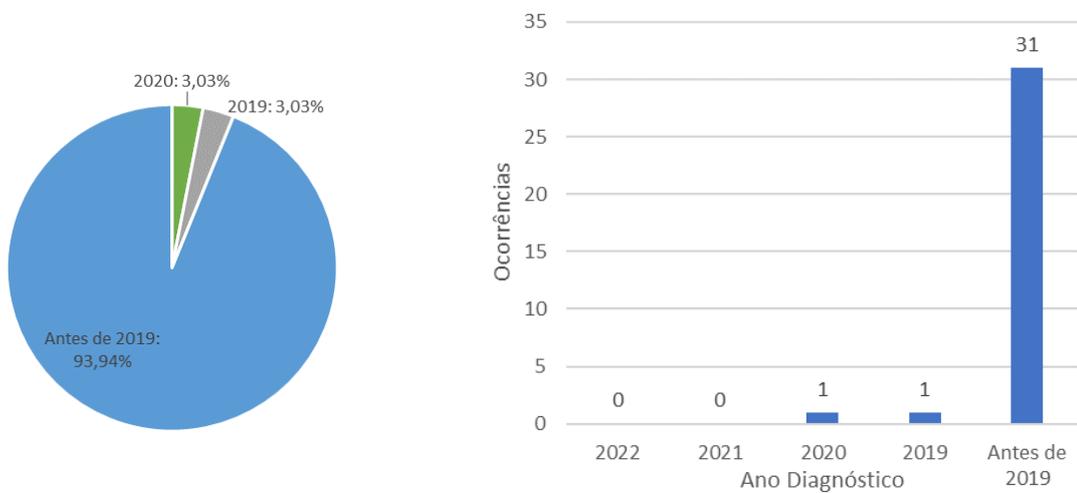
Gráfico 8 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Situação Conjugal dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Ao observarmos a situação conjugal (Gráfico 8), 60,61% dos pacientes estão solteiros, representando 20 pacientes. Já os pacientes vivendo com companheiro (15,15%) e separados/divorciados (12,12%) apresentam valores similares.

Gráfico 9 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Ano do Diagnóstico dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A exemplo da renda familiar (Gráfico 9), aqui também há uma predominância quase totalitária em apenas uma faixa, que são os pacientes que receberam o diagnóstico antes de 2019 (93,94%).

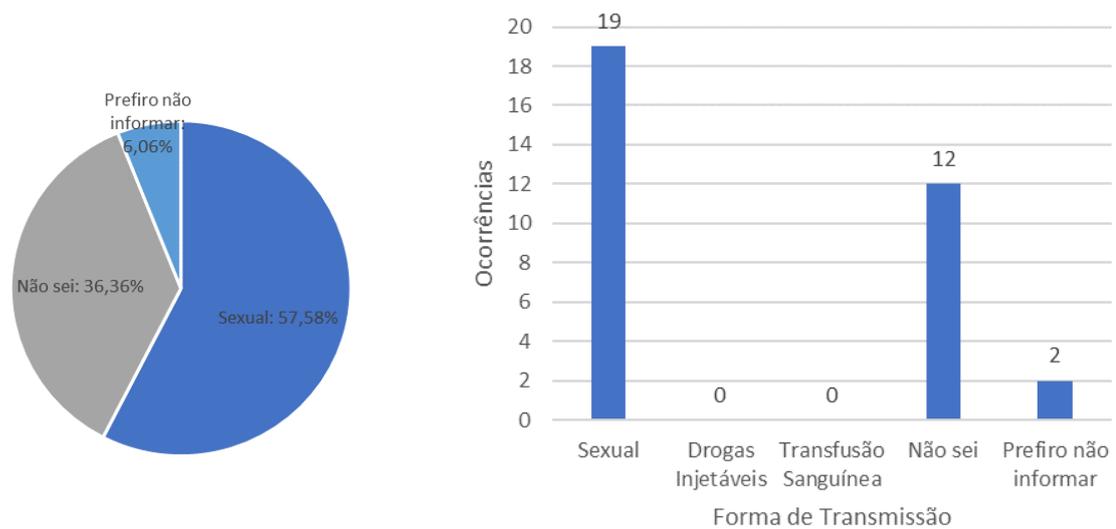
Gráfico 10 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Tempo de Tratamento dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Constatou-se que todos os pacientes (100%) estão em tratamento há pelo menos 1 ano.

Gráfico 11 — Contagem e Distribuição da Má Adesão por Forma de Transmissão dos Entrevistados ao Tratamento Farmacológico, 2022 (n = 91)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Por fim, considerando a forma de transmissão, o dado majoritário foi a via sexual (57,58%), seguido por pacientes que não sabiam como foram infectados (36,36%).

## 6 DISCUSSÃO

O tratamento antirretroviral, TARV, é oferecido gratuitamente pelo SUS desde 1996, porém ainda hoje a sua adesão continua sendo um obstáculo para os serviços de saúde. A adesão envolve aspectos sociodemográficos, clínicos, comportamentais e uma cooperação entre os pacientes, serviços de saúde e redes de apoio (como ONGs) (PEREZ; CHAGAS; PINHEIRO, 2021).

Estratégias primordiais de caráter biomédico, como a TasP e a oferta imediata da TARV independente da contagem de linfócitos TCD4+, foram necessárias para a restauração da saúde e imunidade das PVHIV. Entretanto, já se passaram 40 anos desde o início da epidemia e o número de pessoas que contraem, adoecem e morrem por causa do HIV e suas complicações continua crescendo, sugerindo que as estratégias atuais ainda são ineficientes e excludentes. Isso ocorre porque essas estratégias de saúde abrigam determinados grupos sociais, mas não focam nas necessidades individuais de pacientes que compõem situações de vulnerabilidade (ANTONINI et al., 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não somente os fatores relacionados aos serviços de saúde, à própria doença e ao tratamento afetam diretamente à adesão farmacológica, mas também os fatores sociodemográficos. Desse modo, é necessário individualizar as estratégias para essas populações-chaves (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

O presente estudo teve como objetivo caracterizar, segundo determinadas características sociodemográficas/clínicas, o grupo de baixa adesão. Diferente de outras doenças, em que os níveis de adesão não precisam ser tão rigorosos, para os pacientes acometidos com o vírus do HIV, essa adesão deve ser alta. Assim, foram considerados como má adesão ao tratamento pacientes que apresentaram pontuações iguais ou inferiores a 74 pontos no CEAT-VIH, perfazendo 36,26% dos respondentes da pesquisa.

Em relação ao sexo do estudo geral, houve o predomínio de pessoas do sexo masculino, evidenciando o que é encontrado na literatura, onde desde o início da epidemia até junho de 2019, foram 633.462 casos de AIDS em homens, correspondendo a 65,6% dos casos em comparação com as mulheres. No período de 2002 a 2009 houve uma redução, chegando a uma razão de 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, mas desde então os casos em homens voltaram a aumentar. A média, atualmente, é que haja 26 homens infectados para cada dez mulheres (FRANCISCO *et al.*, 2021).

Enquanto nos últimos 10 anos ocorreu a diminuição de infecção em mulheres, o número permaneceu estável na população masculina. Isso se deve principalmente às políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS conquistadas pelo público feminino, mas ainda restritas ao masculino. Os pacientes masculinos ainda enfrentam certas vulnerabilidades, sendo eles menos propensos a realizarem exames, testes, cuidados e tratamentos. São, portanto, os mais vulneráveis ao HIV (FRANCISCO *et al.*, 2021).

Os serviços de saúde devem encorajar a população masculina a procurar auxílio, utilizando como meio políticas públicas, estratégias de prevenção e programas inclusivos direcionados a esse grupo e os seus diversos subgrupos, como os homens que fazem sexo com homens (HSH) e os homens que não se relacionam sexualmente com outros homens.

Já considerando apenas a má adesão (Gráfico 3), o estudo relatou o predomínio de pessoas que se identificam como mulheres, com 63,64%, enquanto há 21,21% de pessoas que se identificam como homens. Apesar de termos uma maior porcentagem de homens no estudo, o número de mulheres foi próximo, refletindo em uma considerável baixa adesão feminina.

Primeiramente, é notável destacar e compreender os motivos que levam à essa feminização do HIV/AIDS. Por muitas décadas, as populações-chaves para a infecção não incluíam mulheres, e mesmo depois de incluí-las, consideravam apenas as cisgênero e heterossexuais. Devido à submissão patriarcal, violência doméstica, desigualdades socioeconômicas, dentre outras, aumentaram os riscos e infecções (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

Em segundo lugar, analisando somente a adesão, esse dado permite algumas interpretações. Apesar dos homens serem menos cuidadosos com a saúde em geral, as mulheres priorizam os interesses do parceiro e dos familiares em oposição aos próprios interesses (FREITAS *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado na Colômbia, Arrivillaga e Useche (2011) apontaram que um dos desafios a serem superados para a boa adesão é o contraste entre classe social e gênero, pois o risco de mulheres pobres terem menor aderência é 5x maior que uma em posição econômica elevada (LUCCAS, 2020). Em estudos realizados fora do Brasil, essa realidade da baixa adesão feminina já é retratada (MENEZES *et al.*, 2018).

Já em outra análise realizada no Brasil, as referências são congruentes com as daqui encontradas, que atribui essa feminização da má adesão à rotina e administração familiar, aliada a outras responsabilidades, como trabalho. Também alguns autores atribuem o esquecimento maior das doses prescritas da medicação e no acompanhamento clínico a esses encargos, mas quando medidas são adotadas para diminuir essas responsabilidades das mulheres, há uma

melhora imediata na adesão (FREITAS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019). Diante disso, considera-se que os problemas com a adesão não são, necessariamente, correlacionados ao regime terapêutico, mas também aos fatores ambientais, psicológicos e físicos.

O predomínio da faixa etária encontrada na amostra geral foi de 40 a 49 anos, divergindo do perfil nacional, onde de acordo com o Boletim Epidemiológico Brasileiro de HIV/Aids, publicado em 2019, indica que a maior parte dos casos de infecção encontra-se em indivíduos com idade entre 20 a 34 anos. Além disso, a maior concentração dos casos de AIDS está contida na faixa etária de 25 a 39 anos (PEREZ; CHAGAS; PINHEIRO, 2021).

Entretanto, segundo estudo de adesão realizado por Perez, Chagas e Pinheiro (2021), a maior parte dos participantes estava em consonância com os dados obtidos aqui, sendo a faixa etária de má adesão acima dos 40 anos. Já em outro trabalho, publicado por Foresto e colaboradores (2017), onde foi utilizada a ferramenta CEAT-VIH, os resultados também foram condizentes com os apresentados aqui.

Cabe também ressaltar que nos últimos 10 anos houve um aumento na faixa etária de homens acima de 60 anos com HIV/AIDS. Todavia, devido a tabus e preconceitos, as pessoas idosas também ficam à mercê de políticas de prevenção, aconselhamento e testagem, pois a sexualidade pouco é abordada nessa faixa etária, sendo esse público esquecido ou excluído. E essa exclusão levanta ainda outras preocupações, visto que estamos em uma transição demográfica de envelhecimento da população brasileira. Questões que abordem a sexualidade e de promoção a saúde de pessoas com idade superior a 45 anos devem ser reforçadas, além da oferta do teste de triagem. Isso não somente oferece ao indivíduo um diagnóstico precoce, mas um início rápido do tratamento quando positivado (ANTONINI *et al.*, 2022).

Quando partimos para a má adesão (Gráfico 4), essa faixa etária continua sendo a dominante, com 42,42%. Logo em seguida, tem-se a prevalência da faixa de 50-59 anos (30,30%). Ao analisarmos o contexto geral da má adesão, temos que dos 33 pacientes aqui relatados, 27 estão com idade igual ou superior a 40 anos. Os dados aqui encontrados ratificam diversos outros dados relatados na literatura, onde há um aumento de vulnerabilidade da população não-jovem (CABRAL *et al.*, 2018).

Esses dados podem sugerir que a adesão nessa faixa é limitada por fatores sociais e culturais, onde ainda há muito tabu referente à sexualidade e possível desinformação. É notável a falta de esclarecimento acerca de prevenção, transmissão e cuidado pessoal (CARVALHO, 2017). Além disso, há uma dificuldade de aceitação da doença, com conseqüente menor

aderência, reforçando o que foi dito anteriormente, esses pacientes podem não ser alvos de estratégias de promoção à saúde.

Em relação à escolaridade geral, foi constatado que a maior parte dos entrevistados concluiu o ensino médio, seguido por um ensino fundamental incompleto. Os últimos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2020, revelou-se que os anos compreendidos entre 2000 e 2020 teve como a maioria dos novos casos de HIV pessoas com o ensino médio completo, já os casos de AIDS estavam concentrados em pessoas com menor escolaridade. Assim, os dados aqui relatados confirmaram o que a literatura diz sobre a escolaridade majoritária. Vale apontar que a epidemia atinge todos os públicos de diferentes escolaridades, mas pacientes com menor escolaridade estão associados a menores salários e oportunidades, sendo eles mais suscetíveis ao adoecimento (ANTONINI *et al.*, 2022).

Quando analisamos apenas sob a perspectiva da não adesão, a escolaridade majoritária continua sendo o ensino médio (Gráfico 5), mas agora seguido pelo ensino fundamental completo. Estudos já relataram que pacientes com menor escolaridade não têm um amplo acesso às informações no que se refere ao HIV/AIDS. Logo, o esperado seriam níveis de escolaridade menores que os apresentados. Essa mudança do perfil de instrução já havia sido considerada em um estudo conduzido por Menezes e colaboradores (2018), onde os respondentes apresentavam níveis de escolaridade similares ao estudo aqui proposto. Também em estudo proposto por Perez, Chagas e Pinheiro (2021) acerca da relação entre adesão e letramento funcional, a escolaridade foi um ponto discordante, visto que nem sempre o indivíduo com média/alta formação tem habilidades para viabilizar seu cuidado em saúde. Assim, esse aspecto não é significativo quando observamos os níveis de adesão.

Acerca da renda familiar mensal, quase a totalidade dos entrevistados com baixa adesão apresentaram até 1 salário-mínimo (Gráfico 6). Essa renda também foi predominante nos entrevistados em geral. Porém, esse dado somente é relevante para a adesão quando são considerados extremos de pobreza, uma vez que essa circunstância afeta principalmente a aquisição do medicamento. Em um país como o Brasil, em que o acesso ao tratamento é universal, esse dado não tem uma relação tão expressiva. À parte, os pacientes participam de uma associação que facilita o acesso tanto de cestas básicas, como de benefícios ofertados pelo estado, melhorando consideravelmente o modo de vida e preservando uma parte da renda familiar (FORESTO *et al.*, 2017; COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Outro aspecto a ser considerado, é que devido aos dados serem de indivíduos de uma associação e cadastrados em benefícios públicos, a amostra considera quase que em sua

totalidade quem não tem uma renda superior a 1 salário-mínimo, sendo uma das limitações do estudo.

Já em estudo proposto por Luccas (2020), a situação financeira pode afetar quando o local de dispensação dos medicamentos é longe da residência desses pacientes, levando-os a não comparecer.

Acerca da situação atual empregatícia, a prevalência dos participantes é composta por participantes desempregados e, por isso, cadastrados na ONG. Alguns estudos realizados tiveram diferentes respostas a este aspecto, mas Menezes e colaboradores (2017) encontraram dados semelhantes aos aqui relatados. A situação empregatícia está associada à baixa renda encontrada aqui, onde muitos pacientes recebem apenas o bolsa família ou o auxílio Brasil.

No que se refere à situação conjugal geral, mais da metade dos indivíduos estão solteiros. Estudos evidenciaram que os solteiros têm a menor chance de usar preservativos em comparação aos casados. Esse ato pode culminar em um aumento do risco de infecção e transmissão (MENEZES *et al.*, 2018).

Em relação ao estado civil comparado com a não adesão (Gráfico 8), a maioria dos entrevistados são solteiros. Esse dado também corrobora o que foi encontrado na literatura, onde solteiros são menos cuidadosos consigo e com a própria saúde, pelo fato de terem que cuidar sozinhos de si mesmo (FERREIRA *et al.*, 2020). Também é relatado que o apoio social reflete positivamente na boa adesão, fazendo com que os pacientes encontrem um processo facilitador para a aceitação da própria condição. A falta de apoio do cônjuge ou mesmo familiar, visto como uma carência emocional, é um dado importante para a tomada de decisões sobre o abandono do tratamento. Estudos já demonstraram que a família exerce uma influência tão forte na adesão, que ultrapassa questões financeiras (FREITAS *et al.*, 2018).

No que tange ao tempo de diagnóstico, não há na literatura estudos concisos relacionados à boa ou má adesão. Constatou-se aqui que quase todos os pacientes tiveram o diagnóstico fechado antes do ano de 2019 (Gráfico 9) e todos relataram que estavam há mais de 1 ano realizando o tratamento com os ARV tanto no contexto geral, quanto na má adesão (Gráfico 10). Esses parâmetros são pouco explorados por pesquisadores. O que se sabe é que os pacientes que se tratam há mais tempo podem aderir mais facilmente ao tratamento quando comparados aos que estão em tratamento há menos tempo. Isso se deve ao fato que os pacientes que estão há mais tempo em tratamento tornam-se mais dedicados em seguir com essa conduta ao verem os ganhos obtidos na sua condição clínica (MIRANDA *et al.*, 2022; ROMEU *et al.*, 2019).

A forma de transmissão relativa à população integral foi através de relações sexuais, seguida por pacientes que não sabiam como foram infectados. Para a má adesão, tem-se também a forma sexual predominante (Gráfico 11).

O modo de infecção não é apresentado como uma relação significativa, visto que é a principal via não somente nesse estudo, mas também é responsável pela maior parte de transmissões no contexto mundial da infecção por HIV. Também é relatado que o sexo desprotegido é visto por muitos casais como forma de intimidade, resultando em um obstáculo ao uso de proteções (MIYADA *et al.*, 2017).

O que se pode comentar é acerca do aconselhamento do prestador de saúde para a testagem e identificação do HIV quando identificado alguma situação de risco a outros, além da orientação quanto ao uso de preservativos (LUCCAS, 2020).

Apesar da alta e média adesão perfazerem a maioria dos casos, o percentual restante constitui um número preocupante, pois a adesão ao tratamento é a via principal para o sucesso terapêutico, sendo responsável por minimizar as chances de infecção e incidência do HIV. Esses índices relatados significam que essas pessoas estão encontrando dificuldades para um tratamento seguro, eficaz e regular (MORAES *et al.*, 2021). Em outras investigações relatadas, essa taxa de má adesão também foi encontrada. Entretanto, alguns autores consideram a baixa adesão a junção da média e baixa adesão segundo o CEAT-VIH.

Diante disto, estratégias que podem ser eficazes, mas ainda precisam ser fortalecidas para melhorar a adesão passam por criações de associações de apoio, como as ONGs. Acerca da importância destas instituições, cabe afirmar que os voluntários exercem um papel de aconselhamento para a adesão, diminuindo as barreiras culturais e os estigmas presentes tanto por parte dos pacientes, como para a sociedade. Essas ONGs também podem auxiliar em conduções de pesquisa, através de intervenções diretas, como em papéis auxiliares, por meio da captação de pacientes, como foi o caso deste estudo (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Segundo Luccas (2020), o processo de criação das ONGs voltadas às PVHIV ocorreu desde a descoberta do vírus. Nos EUA, por exemplo, essas ONGs foram responsáveis por buscar esclarecimentos sobre o adoecimento que estava acometendo a sociedade na época, além de reivindicar dos órgãos públicos estratégias para o enfrentamento da doença. Por fim, colaborou para disseminar informações acerca da eficácia do tratamento.

Aliado a isso, a vinculação às equipes de saúde exerce um espaço importante, uma vez que são prestadores de assistência, visando não somente a adesão ao tratamento, mas desenvolvendo um espaço de experiências e vivências. Há uma necessidade da geração de um bom vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, que vai refletir em uma confiança

essencial para o sucesso terapêutico. Aliado a esse bom vínculo e à aceitação do tratamento, está o uso correto dos antirretrovirais para a melhoria da qualidade de vida (MORAES *et al.*, 2021).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que um indivíduo vivendo com HIV tenha uma boa qualidade de vida é necessária uma adesão farmacológica de cerca de 95% das medicações prescritas. O início precoce da TARV possibilita uma diminuição na mortalidade, aumento na contagem de LT-CD4+, redução da carga viral, bloqueio da progressão da doença e aumento da sobrevivência dos pacientes.

A baixa adesão é um processo dependente de uma série de fatores e também dinâmico, que requer um cuidado e monitoramento contínuo, além da identificação dessa não adesão. Devido à falta de um “padrão-ouro” para a devida identificação desses fatores, alguns métodos são utilizados, como a ferramenta CEAT-VIH.

O presente estudo buscou avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de Pessoas Vivendo com HIV, isolar os pacientes com má adesão e obter a distribuição dos fatores sociodemográficos e clínicos, para tentar traçar padrões desta má adesão para cada variável.

Conclui-se que a predominância da não adesão dos participantes do estudo são de pacientes do sexo feminino, com idade na faixa dos 40-49 anos, com ensino médio completo e recebendo até 1 salário-mínimo. Os participantes majoritários estão desempregados e solteiros. Também apresentam diagnóstico fechado anterior a 2019 e estão em tratamento há mais de 1 ano. A principal via de transmissão relatada foi a sexual.

O grau de adesão geral foi considerado bom entre a maioria dos entrevistados. Entretanto, essa parcela da população que está com má adesão é preocupante quando consideramos que existe tratamento e a falta dele leva a complicações severas. Apesar da adesão para o tratamento do HIV ser extremamente estrito, a condição de vida que ele proporciona é bem maior.

O estudo teve como limitações a amostra, pela dificuldade de captar pacientes, ainda que em uma associação. Essa dificuldade já havia sido relatada em outros estudos, como o realizado por Luccas (2020). Fatores como pressa, vergonha e medo fizeram com que alguns se recusassem a responder o questionário. Em relação ao questionário propriamente dito, notou-se uma dificuldade em grande parte dos entrevistados de compreenderem as perguntas, sendo essa ferramenta útil principalmente quando realizadas de forma direta pelo pesquisador.

Desse modo, existem outros fatores além dos aspectos sociodemográficos que podem interferir na adesão, como a falta de suporte social, efeitos colaterais dos medicamentos, questões envolvendo o trabalho, falha no seguimento clínico (falta das consultas, não dispensação de ARV e abandono do tratamento). Também fatores ligados à não aceitação da

doença, falta de informação, estigmas enfrentados, vergonha, preconceitos, tabus, presença de transtornos mentais, ingestão abusiva de álcool e drogas, exclusão social e dificuldade de deslocamento para unidades de saúde, são algumas das barreiras enfrentadas pelas PVHIV (FORESTO *et al.*, 2017).

Ao analisarmos as populações-chaves, elas estão de acordo com os relatos da literatura, mas ao fazermos essa análise considerando o grau de adesão, apenas o sexo e a idade parecem exercer influência. Isso demonstra que a adesão depende da população em estudo, podendo variar em diferentes períodos e não existindo um consenso.

Dessa forma, conclui-se que cabe ao profissional de saúde estabelecer estratégias para conscientização acerca da importância da TARV, aliado a outras medidas, como a indicação do uso de camisinhas femininas/masculinas, incentivo a testagem, intervenções biomédicas, acolhimento aos subgrupos, além de educação entre pares. Também destacam-se as ONGs como difusoras de informações e aliados diretos das PVHIV, formando uma rede de apoio.

## REFERÊNCIAS

- ANTONINI M.; GERIN, L.; MELO, E. S.; PONTES, P.S.; ARANTES, L. M. N.; FERREIRA, G. R. O. N.; REIS, R. K. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em um município paulista. **Texto & Contexto — Enfermagem [Internet]**, 31:e20200579, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0579>. Acesso em: 18 fev. 2022.
- BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 46, n. 2, pp. 279-289, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>>. Acesso em: 25 set. 2022. ISSN 1518-8787.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, v. 49, n. 53, 2021. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>>. Acesso em: 4 jun. 2022.
- CABRAL, Juliana da Rocha; MORAES, Danielle Chianca de Andrade; CABRAL, Luciana da Rocha; CORRÊA, Cristiane Aline; OLIVEIRA, Elizandra Cássia da Silva; OLIVEIRA, Regina Célia de. Adesão à terapia antirretroviral e a associação no uso de álcool e substâncias psicoativas. **Enfermería global**, Murcia, v. 17, n. 52, p. 1-35, 2018. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000400001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta e Santos; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética [online]**, v. 29, n. 2, pp. 374-383, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>>. Acesso em: 4 jun. 2022.
- CARVALHO, Patrícia Paiva. Adesão à Terapia Antirretroviral de Pessoas Vivendo com HIV/aids. 2017. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.
- CARVALHO, Patrícia Paiva; BARROSO, Sabrina Martins; COELHO, Heloisa Correa; PENAFORTE, Fernanda Rodrigues de Oliveira. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 7, pp. 2543-2555, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>>. Acesso em: 28 set. 2021.
- COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 40, n. 4, pp. 576-581, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400018>>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- FEDATTO, Maíra da Silva. Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22,

n. 7, pp. 2295-2304, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03892017>>. Acesso em: 10 maio 2022.

FERREIRA, M. A. M.; LIMA, T. N. B.; RODRIGUES, B. F. L.; NASCIMENTO, J. A.; BEZERRA, V. P.; PATRÍCIO, A. C. F. A. Conhecimento e fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Cogitare enfermagem [Internet]**, v. 25, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67768>>. Acesso em: 29 set. 2021.

FORESTO, J. S.; MELO, E. S.; COSTA, C. R. B.; ANTONINI, M.; GIR, E.; REIS, R. K. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, :e63158, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>>. Acesso em: 27 abr. 2022.

FRANCISCO, Márcio Tadeu Ribeiro; FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes da; SPINDOLA, Thelma; PINHEIRO, Carina D’Onofrio Prince; COSTA, Cristiane Maria Amorim; ROCHA, Fabiane Cristina Silva da. Testagem para o HIV e profilaxia pós-exposição entre homens que fazem/ não fazem sexo com homens. **Escola Anna Nery — Revista de Enfermagem [online]**, v. 25, n. 3, e20200236, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0236>>. Acesso em: 4 jun. 2022.

FREITAS, Gabriela Moreira de; DOMINGOS, Aparecida Micelli; SEIDL, Eliane Maria Fleury; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Variáveis psicossociais e adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 191-206, dez. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000400015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2021.

FREITAS, João Paulo de; SOUSA, Laelson Rochelle Milanês; CRUZ, Maria Cristina Mendes de Almeida; CALDEIRA, Natalia Maria Vieira Pereira; GIR, Eucir . Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 31, n. 3, pp. 327-333, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046>>. Acesso em: 28 set. 2021.

JANKOVITZ, C. T. C.; COSTA, J. dos S.; KOIFMAN, L.; VENTURA, T. Adesão ao tratamento no cuidado de pessoas com HIV/AIDS: um estudo em hospital de ensino. **Vittalle — Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 27–35, 2020. DOI: 10.14295/vittalle.v32i2.9702. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/9702>>. Acesso em: 1 jun. 2022.

LEMONS, L. A.; FIUZA, M. L. T.; REIS, R. K.; FERRER, A. C.; GIR, E.; GALVÃO, M. T. G. Adherence to antiretrovirals in people coinfectd with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 24, e2691, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/N4Znzct4KgT68fBwX3D8jdF/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0537.2691>.

LOCH, Ana Paula; CARACIOLO, Joselita Maria de Magalhães; ROCHA, Simone Queiroz; FONSI, Mylva; SOUZA, Rosa de Alencar; GIANNA, Maria Clara; GONÇALVES, Alexandre; KALICHMAN, Artur Olovotchi. Intervenção para a implementação do

monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 5, e00136219, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00136219>>. Acesso em: 28 set. 2021.

LUCCAS, Daiane Siqueira de. **Fragilidades e Potencialidades para adesão à terapia antirretroviral**: perspectivas de adultos jovens vivendo com HIV/AIDS. 2020. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

MENEZES, Elielza Guerreiro; SANTOS, Simone Rodrigues Fernandes dos; MELO, Giane Zupellari dos Santos; TORRENTE, Gisele; PINTO, Arlene dos Santos; GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes de Andrade. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 31, n. 3, pp. 299-304, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>>. Acesso em: 26 set. 2021.

MIRANDA, M. M. F.; OLIVEIRA, D. R.; QUIRINO, G. S.; OLIVEIRA, C. J.; PEREIRA, M. L. D.; CAVALCANTE, E. G. R. Adherence to antiretroviral therapy by adults living with HIV/aids: a cross-sectional study. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 75, n. 2, e20210019, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0019>>. Acesso em: 5 maio 2022.

MIYADA, Simone; GARBIN, Artênio José Ísper; GATTO, Renata Colturato Joaquim; GARBIN, Cléa Adas Saliba. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**, v. 50, n. 5, pp. 607-612, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0037-8682-0266-2017>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MONTEIRO, Simone Souza; BRIGEIRO, Mauro; VILELLA, Wilza Vieira; MORA, Claudia; PARKER, Richard. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 5, pp. 1793-1807, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>>. Acesso em: 6 jun. 2022.

MORAES, Danielle Chianca de Andrade; CABRAL, Juliana da Rocha; OLIVEIRA, Regina Célia de; SOUZA, Vanessa Alves de. Quality of care and adherence to antiretroviral drugs in specialized HIV services in Pernambuco/Brazil, 2017-2018. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 131, pp. 1088-1100, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113111I>>. Acesso em: 4 jun. 2022.

OLIVEIRA, Rafael da Silva; PRIMEIRA, Marcelo Ribeiro; SANTOS, Wendel Mombaque dos; PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stella Maris de Mello. Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 41, e20190290, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290>>. Acesso em: 28 set. 2021.

PEREZ, T. A.; CHAGAS, E. F. B.; PINHEIRO, O. L. Letramento funcional em saúde e adesão a terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n. 42, e20200012, 2021. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/110868>>. Acesso em: 27 abr. 2022.

PINTO NETO, Lauro Ferreira da Silva; PERINI, Filipe de Barros; ARAGÓN, Mayra Gonçalves; FREITAS, Marcelo Araújo; MIRANDA, Angélica Espinosa. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 30, n. spe1, e2020588, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>>. Acesso em: 4 jun. 2022.

PRIMEIRA, Marcelo Ribeiro; SANTOS, Wendel Mombaque dos; PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stella Maris de Mello. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2020, v. 33, eAPE20190141. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0141>>. Acesso em: 28 set. 2021.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-emadultos>>. Acesso em: 27 set. 2021.

REMOR, Eduardo; MILNER-MOSKOVICS, Jenny; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 41, n. 5, pp. 685-694, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>>. Acesso em: 28 out. 2021.

ROMEU, G. A.; TAVARES, M. M.; CARMO, C. P.; MAGALHÃES, K. D. N.; NOBRE, A. C. L.; MATOS, V. C. D. Assessment of adherence to antiretroviral therapy for patients with HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/116>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; REMOR, Eduardo. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV\* \*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**, v. 36, n. spe, e36nspe6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>>. Acesso em: 28 set. 2021.

SILVA, H. F. N.; DOURADO, C. S. M. E.; SILVA, H. G. N.; SILVA, H. F. N. Avaliação do tratamento antirretroviral de pessoas convivendo com HIV/aids que participam de um grupo de adesão. **Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]**, v. 52, n. 3, p. 161-70, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/160795>>. Acesso em: 1 out. 2021.

SOUZA, Hélia Carla; MOTA, Márcio Rabelo; ALVES, Amanda Ribeiro; LIMA, Filipe Dinato; CHAVES, Sandro Nobre; DANTAS, Renata Aparecida Elias; ABDELMUR, Samuel Barbosa Mezavila; MOTA, Ana Paula Vaz da Silva. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, n. 5, pp. 1295-1303, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>>. Acesso em: 28 set. 2021.

UNAIDS. BRASIL. Estatísticas. Disponível em <<http://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em 18 jun. 2022.

VALE, Felipe Campos; SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju de; SANTOS, Maria Altenfelder; CARVALHO, Wania Maria do Espírito Santo; MENEZES, Paulo Rossi; BASSO, Caritas Relva; SILVA, Mariliza Henrique; ALVES, Ana Maroso; NEMES, Maria Ines Batisttela. Development and validation of the WebAd-Q Questionnaire to monitor adherence to HIV therapy. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/146461>>. Acesso em: 29 set. 2021.

ZUGE, Samuel Spiegelberg; PAULA, Cristiane Cardoso de; PADOIN, Stela Maris de Mello. Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 54, e03627, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019009803627>>. Acesso em: 17 set. 2021.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) pela Profa. Dra. Renata de Sousa Alves e a discente Aline Tessália Quintela Marques a participar da pesquisa intitulada “HIV E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM FORTALEZA: ANÁLISE DOS MOTIVOS EVIDENCIADOS”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Número do Parecer: 5.403.966

O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias acerca da pesquisa. Sua colaboração neste estudo será de suma importância para nós, entretanto, você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Você não deve participar contra a sua vontade.

Leia atentamente as informações abaixo para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O nome deste documento que você está lendo é “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). Sua participação deve ser de livre e espontânea vontade, então antes de decidir se deseja participar, você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assinalar que está ciente e concorda em responder a pesquisa. O objetivo deste estudo é avaliar se os pacientes que fazem a terapia contra o HIV (terapia antirretroviral) estão usando corretamente seus medicamentos.

O questionário a seguir é dividido em 3 partes, sendo a primeira referente aos seus dados sociodemográficos com 6 perguntas; a segunda referente aos seus dados clínicos com 3 perguntas; a terceira um questionário para medir seu grau de adesão, constituído por 20 questões. Cabe ressaltar que o sigilo sobre todos os dados relacionados à sua pessoa será preservado, sendo justificado como benefício garantir e assegurar estratégias de melhoria de qualidade de vida para os pacientes que necessitam de tratamento medicamentoso.

O questionário leva cerca de 15 minutos para ser respondido, o que pode levar a algum desconforto em relação ao tempo, mas suas informações serão valiosas para contribuir com futuros estudos e possíveis tratamentos que possam levar ao bem-estar dos pacientes. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores, que irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, não sendo permitido o acesso a outras pessoas. Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em sigilo, assegurando proteção

de sua privacidade e respeitando valores morais, sociais e éticos. O resultado deste trabalho poderá ser apresentado em encontros ou publicações científicas, porém você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Seu nome será utilizado apenas para confirmar que se tratam dos seus dados, mas não serão utilizados nem durante a análise dos dados, nem na publicação dos resultados dessas análises.

Caso queira uma cópia como comprovante encaminhada para seu e-mail ou WhatsApp, com seu consentimento expresso e as suas respostas, basta selecionar a opção “enviar uma cópia das respostas para meu e-mail ou WhatsApp”, que aparecerá ao final do questionário.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

As pesquisadoras estarão à sua disposição para eventuais esclarecimentos ao longo desta pesquisa.

Contato: Aline Tessália Quintela Marques.

Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: R. Pastor Samuel Munguba, 1210 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-372.

E-mail: tessalia@alu.ufc.br

Telefone: (85) 99293-4458.

Ao assinar abaixo, você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE.

---

Li e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

## APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES

Sexo	Homem	
	Mulher	
	Não-binário	
	Prefiro não informar	
Idade	Entre 18 e 29	
	Entre 30 e 39	
	Entre 40 e 49	
	Entre 50 e 59	
	Maior que 59 anos	
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	
	Ensino fundamental completo	
	Ensino médio incompleto	
	Ensino médio completo	
	Ensino superior incompleto	
	Ensino superior completo	
Renda Familiar (em salário mínimo)	0-1 salário mínimo	
	2-3 salários mínimos	
	4-5 salários mínimos	
	6-10 salários mínimos	
	Mais de 11 salários mínimos	
Situação Empregatória	Emprego fixo	
	Autônomo (a)	
	Aposentado (a)	
	Desempregado (a)/não trabalho	
	Outra	
Situação Conjugal	Solteiro (a)	
	Casado (a)	
	Vivendo com companheiro (a)	
	Separado (a)/Divorciado (a)	
	Viúvo (a)	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

### APÊNDICE C - DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES

Em que ano você foi informado do seu diagnóstico?	2022	
	2021	
	2020	
	2019	
	Antes de 2019	
Há quanto tempo você faz uso do tratamento contra o HIV?	Menos de 6 meses	
	Entre 6 e 12 meses	
	Há mais de 1 ano	
Qual foi a forma de transmissão?	Sexual	
	Drogas Injetáveis	
	Transfusão sanguínea	
	Não sei	
	Prefiro não informar	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

**ANEXO A - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO “QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL” (CEAT-VIH, VERSÃO EM PORTUGUÊS [BRASIL])**

De acordo com o que aconteceu semana passada, responda as perguntas abaixo:					
	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
1. Algum momento deixou de tomar sua medicação?					
2. Algum momento sentiu-se melhor e deixou de tomar a medicação?					
3. Algum momento depois de tomar a medicação, você sentiu-se pior e deixou de tomá-la?					
4. Algum momento se sentiu triste ou deprimido e deixou de tomar sua medicação?					
5. Você lembra quais remédios está tomando neste momento? (Se não lembrar, escreva “Não” em sua resposta. Se sim, Escreva os nomes separados por vírgula)					
	Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
6. Como é a sua relação que mantém com o seu médico?					
	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?					
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?					
9. Quanto benefício você acha que estes medicamentos podem trazer?					
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar seus medicamentos para o HIV?					
11. Até onde você sente que é capaz de seguir com o tratamento?					
	Não, nunca	Sim, algumas vezes	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre
12. Você toma a medicação na hora certa?					
13. Seu médico costuma te motivar quando os seus exames mostram bons resultados?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
14. Como você se sente desde que começou a tomar seus remédios?					
	Muito intensos	Intensos	Razoável	Pouco intensos	Nada intensos
15. O que você acha dos efeitos colaterais dos medicamentos?					

	Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nenhum
16. Quanto tempo você sente que perde tomando seus remédios?					
	1 (Não tomo)	2	3	4	5 (Sempre tomo)
17. Se você fosse dar uma nota para si mesmo em relação à frequência que toma seus medicamentos, qual seria?					
	Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
18. Você sente dificuldade para tomar a medicação?					
				SIM	NÃO
19. Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação de um dia completo? Ou mais de um?					
(Se sim, quantos dias aproximadamente?)					
				SIM	NÃO
20. Você tem alguma estratégia para lembrar de tomar seus remédios?					
(Se sim, qual?)					

## ANEXO B - PONTUAÇÕES MÍNIMAS E MÁXIMAS DO QUESTIONÁRIO CEAT-VII

Item (alternativas de resposta)
Item 1 (1-5)
Item 2 (1-5)
Item 3 (1-5)
Item 4 (1-5)
Items 5 (0-2)
Item 6 (1-5)
Item 7 (1-5)
Item 8 (1-5)
Item 9 (1-5)
Item 10 (1-5)
Item 11 (1-5)
Item 12 (1-5)
Item 13 (1-5)
Item 14 (1-5)
Item 15 (1-5)
Item 16 (1-5)
Item 17 (1-5)
Item 18 (1-5)
Item 19 (0-1)
Item 20 (0-1)

Fonte: Remor, Milner-Moskovics e Preussler, 2007.

## ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS



HOSPITAL  
SÃO JOSÉ  
DE DOENÇAS  
INFECCIOSAS



CEARÁ  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Termo De Anuência Institucional - 16 / 2022 - DG/HSJ-CE

### Termo de Anuência Institucional

“Declaro ter lido e concordar com a realização da pesquisa intitulada: **HIV E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM FORTALEZA: ANÁLISE DOS MOTIVOS EVIDENCIA**, do(a) pesquisador(a) **ALINE TESSÁLIA QUINTELA MARQUES** e após o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital São José de Doenças Infecciosas, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição (co)-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar”

FORTALEZA, 28 de março de 2022

**FRANCISCO EDSON BUHAMRA ABREU**  
DIRETOR GERAL



2F14414b24-38

Documento assinado eletronicamente por **FRANCISCO EDSON BUHAMRA ABREU**, em 28/03/2022, às 16:33:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Para conferir, acesse o site <https://geradoc.hs.je.gov.br/validador/> e informe o código **2f14414b24-38**



2F14414b24-38

DIRETORIA GERAL  
Hospital São José de Doenças Infecciosas - SESA  
3101.6594  
TAI Nº 16/2022 - DG/HSJ-CE

página 1 de 1