UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

FÁBIA JUNQUEIRA DE TOLVO

**ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICOS E SOCIAIS DE MÁ ADESÃO À TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS**

**RIBEIRÃO PRETO
2019**

FÁBIA JUNQUEIRA DE TOLVO

**ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICOS E SOCIAIS DE MÁ ADEÇÃO À TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

T654a Tolve, Fábja Junqueira de

Análise de indicadores clínicos e sociais de má adesão à terapia antirretroviral em pacientes vivendo com HIV/aids / Fábja Junqueira de Tolve; orientador, Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana. – Ribeirão Preto, 2019.

67 p.

Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde - Programa de Mestrado Profissional) -- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.

1. HIV. 2. Adesão. 3. Terapia Antirretroviral. I. Santana, Rodrigo de Carvalho, orient. II. Título.

Nome: Fábيا Junqueira de Tolvo

Título: Análise de indicadores clínicos e sociais de má adesão à terapia antirretroviral em pacientes vivendo com HIV/aids.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos pais: biológicos – João e Suela (in memoriam) e do coração – Tia Soninha, pelo exemplo e incentivo, essenciais nessa experiência terrena.

À Fernanda, minha irmã e mestre. Seu exemplo sempre me guiará.

À Ana Carolina, companheira nos momentos de luta e glória, a quem agradeço o carinho e a paciência durante toda essa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela capacidade de realizações;

Ao Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana, pelo exemplo de compromisso ético e profissionalismo, dedicados na orientação deste trabalho. Agradeço a atenção a mim direcionada e a oportunidade de aprendizado nesses anos de convívio, os quais certamente serão lembrados por toda vida;

À Dra. Renata Abduch, pioneira na luta pela implantação de políticas de prevenção e tratamento do HIV na cidade de Sertãozinho, minha eterna admiração e gratidão.

A toda equipe do CRI “Dr. João Batista Ortolan”, Telma, Fátima, Elisângela, Andrey, Helena, Jean, Claudião, Mônica, Silvia, Noêmia, Divina, Inaê, Diego, Tiquinho, Dr. João, Dra. Sheila, Dra. Marília, Dr. Vitor, Dra. Mônica, Mari, Pâmela, Gisele, e em especial à querida Glete, minha eterna gratidão.

Às queridas Tânia, Cristina, Taíse, Gisele e Luciana, que vivenciaram um pouquinho do início dessa jornada, agradeço o carinho e o incentivo.

Aos pacientes, que gentilmente se dispuseram a contribuir para que este estudo se tornasse possível.

Aos amigos do Serviço Social da Secretaria de Saúde de Sertãozinho, em nome da querida Lia, parceiros em todos os momentos.

Ao querido Anderson Nóbile, amigo, professor e tradutor.

Aos meus amados sobrinhos, Valentina e Miguel, que tantas alegrias trazem, especialmente nos momentos em que a angústia insiste em querer sobrepor.

À Prefeitura Municipal de Sertãozinho pelo consentimento e disponibilização de campo para realização da pesquisa, em nome do amigo Fabrício Fonseca. Agradeço, especialmente às estimadas, Angélica Lazarini, e Regina Toledo, Secretária de Saúde

e Diretora de Vigilância em Saúde, a quem nesse momento tão importante me confiam a honrosa missão de coordenar o CRI. Muito obrigada.

À Universidade de São Paulo pela oportunidade de crescimento teórico, profissional e pessoal.

RESUMO

TOLVO, Fábila Junqueira de. **Análise de indicadores clínicos e sociais de má adesão à terapia antirretroviral em pacientes vivendo com HIV/aids**. Orientador: Rodrigo de Carvalho Santana. 2019. 67 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O Brasil se destaca dentre os países em desenvolvimento no que diz respeito ao tratamento da infecção pelo HIV. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2018 cerca de 60% das pessoas vivendo com HIV receberam medicação antirretroviral no país. Isso é bastante significativo quando se considera que globalmente o percentual de cobertura com estas medicações situa-se em torno de 46%. A terapia ARV é essencial para o controle de replicação do vírus HIV e a consequente recuperação ou prevenção da depleção da imunidade celular. No entanto, o uso irregular destas medicações promove a seleção de variantes virais resistentes, o que leva à falência do tratamento e deterioração clínica. Dessa maneira, a promoção da adesão é uma atividade prioritária das equipes de saúde que lidam com pessoas vivendo com HIV. Neste contexto, o presente estudo se propôs a avaliar fatores relacionados à má adesão à terapia ARV entre pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência localizado no município de Sertãozinho - SP. O estudo apresentado foi do tipo Transversal, onde uma amostra de 143 pacientes do total em seguimento pelo ambulatório foi selecionada, e mediante aplicação de questionário e análise de prontuário foi possível determinar a presença de má adesão ao tratamento ARV, a qual foi definida em 25,87%. Todos os casos incluídos passaram por uma avaliação basal para coleta de dados específicos, mediante termo de consentimento informado. A análise dos resultados deu-se pela comparação das prevalências entre dois grupos, denominados “em má adesão” e “indetectável”, definidos, para fins deste estudo, a partir da quantificação da carga viral (considerou-se indetectável CV >40 cópias/ml sangue). Diante dos resultados apresentados, foi possível traçar um perfil epidemiológico dos pacientes assistidos pelo ambulatório de Sertãozinho – SP e definir quais fatores clínicos e sociais podem estar relacionados com a má adesão ao tratamento. O estudo evidenciou a prevalência de fatores socioeconômicos e frequência de uso de álcool, como preditores para má adesão, bem como a

necessidade de se discutir estratégias de adesão em sentido amplo junto a rede, além de ter orientado a elaboração de propostas de melhorias na estrutura do ambulatório para a implantação de novas rotinas de atendimento, como estratégia de favorecimento à adesão dos pacientes à TARV.

Palavras-chave: Adesão. Aids. HIV. Equipe de Assistência ao Paciente. Terapia antirretroviral de alta atividade.

ABSTRACT

TOLVO, Fábila Junqueira de. **Analysis of clinical and social indicators of poor adherence to antiretroviral therapy in patients living with HIV/aids**. Orientador: Rodrigo de Carvalho Santana. 2019. 67 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Brazil stands out among developing countries with regard to the treatment of HIV infection. According to Ministry of Health data, in 2018 about 60% of people living with HIV received antiretroviral medication in the country (11). This is quite significant considering that overall the percentage of coverage with these medications is around 46%. ARV therapy is essential for the control of replication of the HIV virus and the consequent recovery or prevention of depletion of cellular immunity. However, the irregular use of these medications promotes the selection of resistant viral variants, which leads to treatment failure and clinical deterioration. In this way, promoting adherence is a priority activity of health teams that deal with people living with HIV. In this context, the present study aimed to evaluate factors related to poor adherence to ARV therapy among people living with HIV / AIDS in a referral center located in the city of Sertãozinho - SP. The study was of the Transversal type, where a sample of 143 patients from the total follow-up by the outpatient clinic was selected, and by means of questionnaire and chart analysis it was possible to determine the presence of poor adherence to the ARV treatment, which was defined in 25,87%. All included cases underwent a baseline evaluation for specific data collection, through an informed consent term. The analysis of the results was made by comparing the prevalences between two groups, known as "poor adherence" and "undetectable", defined for the purpose of this study, by quantifying viral load (VL = 40 copies / ml blood). In view of the results presented, it was possible to trace an epidemiological profile of the patients assisted by the Sertãozinho outpatient clinic and to define which clinical and social factors may be related to the poor adherence to the treatment. The study evidenced the prevalence of socioeconomic factors and frequency of alcohol use, as predictors for poor adherence, as well as the need to discuss strategies of adherence in a broad sense with the network, besides having guided the elaboration of proposals for

improvements in the structure of the outpatient clinic for the implementation of new care routines, as a strategy to favor patients' adherence to ART.

Key Words: Adhesion. AIDS. HIV. Patient Assistance Team. High activity antiretroviral therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas de carácter quantitativo. Amostra geral.	39
Tabela 2 - Características sócio demográficas de carácter qualitativo. Amostra geral.	39
Tabela 3 - Padrão de uso da medicação e a relação com a equipe do ambulatório. Quantitativo da amostra geral.	40
Tabela 4 - Padrão de uso da medicação e a relação com a equipe do ambulatório. Qualitativo da amostra geral.....	41
Tabela 5 - Histórico Clínico e informações de prontuário. Quantitativo da amostra geral.	41
Tabela 6 - Histórico clínico e informações de prontuário. Qualitativo da amostra geral.	42
Tabela 7 - Comparativo entre as características sócio demográficas de carácter quantitativo.	43
Tabela 8 - Comparativo entre as características sócio demográficas de carácter qualitativo.	43
Tabela 9 - Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório. Quantitativo.	45
Tabela 10 - Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório. Qualitativo.	45
Tabela 11 - Comparativo do histórico Clínico e informações de prontuário. Quantitativo.	46
Tabela 12 - Comparativo do histórico clínico e informações de prontuário. Qualitativo.	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de replicação do HIV (6).....	18
Figura 2 – Municípios que integram a DRS XIII (28)	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Análise de Correspondência.....	48
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana
ARV	Antirretroviral
CAPS – AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CD4+	Linfócito T CD4 +
CRI	Centro de Referência em Infectologia
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DRS	Departamento Regional de Saúde
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexuais
MCS	Modelo de Crenças de Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONGs	Organizações Não Governamentais
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PreP	Profilaxia Pré Exposição
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
RNA	Ácido Ribonucléico
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIV	Vírus da Imunodeficiência Símia
SAS	Statistical Analysis System
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRANS	Transexuais
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas

UNAIDS

Programa da Organização das Nações Unidas sobre
HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Vírus HIV: descoberta, classificação e estrutura	17
1.2 Epidemiologia da Infecção pelo HIV	18
1.3 Adesão terapêutica e Aderência	21
1.4 Serviço Social: gênese, intervenção na Política de saúde e na atenção às PVHIV	23
1.4.1 O trabalho profissional de assistentes sociais em atenção às Pessoas que Vivem com HIV/Aids	25
1.4.2 Especificidades no CRI de Sertãozinho	26
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS	31
4 MATERIAL E MÉTODO	32
4.1 Casuística	32
4.2 Critérios de Inclusão	32
4.3 Critérios de exclusão	33
4.4 Desenho do Estudo	33
4.5 Considerações éticas	34
4.6 Descrição das variáveis e definições	34
4.6.1 Foram considerados quanto à identidade e perfil sócio econômico	34
4.6.2 Sobre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório, foram questionados	35
4.6.3 - Quanto ao histórico clínico e registros em prontuário:	35
5 CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS E ANÁLISE DE DADOS	36
6 RESULTADOS	38

6.1 Características gerais da amostra	38
6.1.1 Sócio Demográficas	38
6.1.2 Padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório	40
6.1.3 Histórico Clínico e informações de prontuário	41
6.2 Comparação das características entre as amostras	42
6.2.1 Comparação entre as características sócio demográficas entre as amostras	42
6.2.2 Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório entre os grupos	45
6.2.3 Comparativo do histórico Clínico e informações de prontuário	46
6.3 Análise de Correspondência	47
7 DISCUSSÃO	49
8 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Vírus HIV: descoberta, classificação e estrutura

O vírus da imunodeficiência humana (VIH ou HIV, do inglês *human immunodeficiency vírus*) do gênero lentivírus, pertencente à família dos retrovírus, foi descoberto a partir da modificação genética do vírus da imunodeficiência símia (SIV), cujo reservatório natural é uma subespécie africana de chimpanzé. É o vírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e acredita-se que o primeiro contágio pelo ser humano deu-se através da alimentação, pela carne contaminada de chimpanzés portadores de SIV, no final do século XIX, havendo mutação para o HIV, disseminando o vírus pelo continente Africano, tornando a aids epidemia global no final do século XX e início deste século (1).

Sendo o HIV um retrovírus, em cada partícula existem duas cópias do genoma RNA, que é transcrito para o DNA da célula infectada, integrando o cromossomo da célula hospedeira a qual será replicada. Consequentemente, replica o vírus no organismo que, uma vez infectado, passa a ter comprometida a sua resposta imunológica, caracterizada pela destruição das células linfócitos T CD4+, o qual juntamente com células dendríticas e macrófagos, também infectados, são responsáveis pelo transporte inicial do vírus no organismo (3).

O HIV tem como característica uma elevada taxa de replicação, além disso, a enzima transcriptase reversa, essencial no ciclo de replicação viral, não possui capacidade de verificação e correção (*proof-reading*) de eventuais falhas na sequência de aminoácidos durante a síntese do ácido desoxirribonucleico (DNA). Portanto, existem altas taxas de erros durante a transcrição reversa e, consequentemente, o surgimento de variantes virais genotipicamente distintas. Assim, durante os primeiros meses de infecção, um indivíduo possui uma população diversificada de cepas virais (4).

Figura 1 - Ciclo de replicação do HIV (6)

1.2 Epidemiologia da Infecção pelo HIV

Primeiramente identificado nos Estados Unidos no ano de 1983, o vírus foi descrito após relatos de uma doença (aids) que desde o ano de 1981 levava os pacientes infectados ao desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocitis jiroveci* e sarcoma de Kaposi (2). Há relatos dos primeiros casos no Brasil, desde essa época (6).

Desde o início da epidemia de infecção pelo vírus HIV e a decorrente síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), no início da década de 1980, as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil foram de grande relevância no combate à doença e merecem reconhecimento.

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde que, desde então, implementou diversas estratégias para ampliar o diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV e suas complicações (7). Dentre as estratégias, merece destaque o fornecimento gratuito das medicações antirretrovirais (ARV) que se iniciou no país em 1996 com a promulgação da lei federal nº 9.313/96 (8).

Atualmente estão disponíveis cerca de 22 medicamentos que compõem os diferentes esquemas de tratamento fornecidos gratuitamente no país. Quando combinados, esses medicamentos são eficazes na inibição da replicação viral reduzindo a carga viral para níveis indetectáveis, dando ao paciente melhor qualidade de vida além de diminuir a possibilidade de transmissão da infecção (9).

O Brasil apresenta uma das maiores coberturas de medicações ARVs dentre os países em desenvolvimento, tendo assumido compromisso proposto pela Organização das Nações Unidas sobre HIV/aids - UNAIDS, de cumprir metas para combater e reverter a tendência da propagação do vírus HIV, ampliando o acesso ao diagnóstico e a oferta de ARVs - meta 90 90 90, a qual tem como objetivo chegar até o ano de 2020 com 90% das PVHIV sabendo que tem o vírus, destes, 90% tendo acesso a TARV e destes 90% com carga viral indetectável (11).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2017, cerca de 886 mil indivíduos viviam com HIV no Brasil e desses, 60% receberam medicação ARV (11). Isso é bastante significativo quando se considera que globalmente o percentual de cobertura com medicação ARV situa-se em torno de 46% (11).

Entretanto, a mortalidade por causas relacionadas à aids ainda é significativa em nosso país, apesar de, nos últimos anos, ter apresentado um decréscimo com coeficiente variando entre 4,8 óbitos por 100 mil habitantes, perfazendo um total de 11.463 notificações de óbitos, relacionados ao HIV no ano de 2017 (11), contrastando com os 9,7 óbitos por 100 mil habitantes notificados ao ano no início da epidemia na década de 1990 (7).

Acredita-se que esse decréscimo no número de óbitos seja em consequência da recomendação "tratamento para todos" instituída em 2013, e que a maioria dos óbitos ainda ocorridos esteja relacionada ao agravamento da imunossupressão por má adesão ao tratamento ou por diagnóstico tardio da infecção pelo HIV (11).

Historicamente, poderíamos dizer que o curso da epidemia no país pode ser dividido em três grandes fases (7):

1 – Fase Inicial: que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde - caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens (HSH), e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de "grupo de risco";

2 – Segunda Fase: que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus - caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por

uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de "comportamento de risco";

3 – Terceira Fase: que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus - quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente *mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte*, exigindo aqui um conceito de "vulnerabilidade".

Segundo dados do Ministério da Saúde (11), nos últimos 10 anos, houve predomínio dos casos de infecção pelo HIV na faixa etária de 25 a 39 anos, na qual se concentrou 52% dos casos notificados com uma média anual de 40.000 novos casos. Com relação ao gênero, atualmente se observa um aumento na proporção de casos em homens em relação às mulheres. Entre 2003 e 2008 a relação era de 15 casos em homens para cada 10 em mulheres. A partir de 2009, houve progressiva redução dos casos entre mulheres com aumento entre os homens. A razão de casos entre homens/mulheres, que era de 1,5 em 2006, passando atualmente para 2,1.

A via de transmissão predominante nos indivíduos a partir de 13 anos de idade foi a sexual. Entre homens, observa-se aumento na proporção de casos entre homens que fazem HSH nos últimos dez anos, que passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015 (5). Estes dados mostram um aumento de casos entre homens jovens com aumento da via de transmissão sexual por relação homossexual.

Desde o ano de 2013, como já sinalizado anteriormente, seguindo as recomendações já adotadas nos EUA e em alguns países da Europa, o Brasil passou a adotar a conduta de estimular e liberar o tratamento mesmo em fases precoces da infecção, desde que os indivíduos estejam motivados a usar os ARVs, independente da contagem de linfócitos TCD4⁺.

Tal conduta se baseia em evidências de que o tratamento precoce previne as complicações resultantes da inflamação crônica induzida pelo HIV, a depleção da reposta imunológica, além do impacto epidemiológico por redução da transmissão a partir de portadores com carga viral elevada (11).

Encontra-se no Brasil elevado número de indivíduos em uso de medicações ARVs e tais medicamentos, embora essenciais no controle da infecção pelo HIV, possuem uma diversidade de potenciais efeitos adversos que variam de acordo com o tipo de medicação em uso. Dentre estes efeitos, os mais comumente observados

são: náuseas, anorexia, cefaleia, diarreia, anemia, tonturas, toxicidade renal, hiperlipidemia e hiperglicemia (7).

Outra particularidade do tratamento ARV é o risco da seleção de variantes virais resistentes durante o tratamento; a pressão seletiva exercida pelas medicações ARVs selecionam cepas com resistência as medicações em uso ou até mesmo as medicações da mesma classe que nunca foram usadas. Esse processo é particularmente comum naqueles indivíduos que usam irregularmente as medicações.

1.3 Adesão terapêutica e Aderência

Os modelos ou teorias mais frequentemente usados no âmbito da adesão terapêutica são o modelo biomédico e a teoria cognitiva (12). O modelo biomédico foca-se, principalmente, em fatores demográficos que possam estar relacionados com a adesão do paciente ao tratamento proposto e considera variáveis como a complexidade do regime terapêutico, os efeitos colaterais da medicação e a gravidade da doença, para determinar o grau em que cada um destes afeta a adesão (13, 14).

Na teoria cognitiva, recorre-se ao conceito de auto-eficácia (15) como elemento para explicar o comportamento de adesão em pacientes frente às suas prescrições (12). Outro conceito da teoria cognitiva é o Modelo de Crenças de Saúde – MCS, onde a interação entre diferentes tipos de crenças e o comportamento podem influenciar a adesão (16). Diante disso, pacientes com maior probabilidade de adesão são aqueles que se percebem mais vulneráveis a uma determinada doença e acreditam em suas consequências.

Enquanto o termo “adesão” trata da relação estabelecida entre o paciente e a equipe de saúde, dando uma perspectiva comportamental, ideológica, relacionada a um estilo de vida que deve ser adotado frente a nova realidade que o diagnóstico traz, o termo “aderência”, pode ser entendido como a relação entre o paciente e a medicação, por estar relacionado ao “ato de unir-se à substância ou matéria” (17), porém ambos são provenientes do verbo latino *adhaerere*, com significado de “aderir”, e nas duas situações podemos dizer que houve o comprometimento através de ações por parte do paciente.

Para este estudo, adotamos o termo Adesão por se tratar de uma pesquisa desenvolvida em um Centro de Referência, que conta com uma equipe interdisciplinar, a qual está diretamente envolvida no cuidado, prestando assistência de forma

contínua, com foco nas necessidades biopsicossociais envolvidas no processo de tratamento em PVHIV, onde a Adesão, enquanto estilo de vida e Aderência enquanto relação com a matéria, no caso, a medicação, fazem parte de um único processo.

A adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico, na qual o paciente e os profissionais compartilham responsabilidades (7). A equipe considera que o paciente “aderiu ao tratamento”, quando o mesmo faz uso das medicações prescritas na dose certa, no horário correto, seguindo a dieta correta ou jejum, diariamente por um período indeterminado, comparecendo às consultas periodicamente e realizando exames com a mesma frequência para análise de carga viral e taxa de CD4 (20). Esse conceito de adesão deve ser discutido entre a equipe e o paciente.

A dificuldade para se conseguir adesão é variada e envolve várias questões tais como o manejo do esquema de TARV de cada um, e o próprio impacto do HIV na vida do paciente.

Diante do exposto, o desafio está em buscar estratégias específicas que auxiliem a PVHIV a superar barreiras, otimizando seu potencial para adesão por meio do fortalecimento do indivíduo. O sucesso do trabalho vincula-se à oferta de assistência qualificada, envolvimento da equipe, instrumentalização do paciente, priorizando a singularidade de cada indivíduo.

No entanto, o uso diário e ininterrupto das medicações ARVs é algo difícil para os portadores da infecção. Assim, promover a adesão ao tratamento é um dos maiores desafios das equipes de saúde que lidam com o manejo da infecção pelo HIV. Segundo as recomendações do “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos”, do Ministério da Saúde (18), deve-se considerar os seguintes fatores na abordagem da adesão:

- Comparecimento às consultas agendadas com a equipe multidisciplinar;
- Realização de exames de seguimento em tempo oportuno;
- Retirada dos medicamentos na data prevista;
- Tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos;
- Não encerrar o medicamento antes do tempo indicado;
- Não ajustar a dose por conta própria.

Nesse âmbito, o controle da infecção e a qualidade de vida da PVHIV estão diretamente relacionados à adesão terapêutica, tida como um processo dinâmico, interativo e contínuo que engloba profissionais e pacientes influenciados por fatores

relacionados à síndrome, ao tratamento, à personalidade do indivíduo, à equipe e ao contexto social em que se inserem (19).

Inúmeros fatores podem ser determinantes para adesão ao tratamento do HIV. Dentre eles, podemos destacar (20):

- Falta de perspectiva de vida pelo paciente devido à doença não ter cura;
- Ausência de sintomas na fase inicial;
- Segredo social, pois fazer uso da medicação e comparecer às consultas expõe o portador ao estigma da doença;
- Complexidade do esquema terapêutico e seus efeitos colaterais;
- Baixa escolaridade, o que influencia no entendimento sobre o esquema terapêutico;
- Uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas);
- Acesso ao serviço de saúde.

De acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV, do Ministério da Saúde, a recomendação do percentual de doses tomadas para obtenção de resposta terapêutica é de 80% do prescrito (18).

Como forma de aferição de adesão ao tratamento do HIV/aids, além do autorrelato e da avaliação do histórico de retiradas de medicação através da ferramenta SICLOM, há a avaliação por exames laboratoriais como a contagem de linfócitos TCD4+ e quantidade de Carga Viral Plasmática (CV).

Neste contexto, o presente projeto de pesquisa se propõe avaliar os fatores relacionados à má adesão à terapia ARV entre pessoas vivendo com HIV/AIDS em um Centro de Referência localizado em um município do interior do estado de São Paulo. A justificativa e objetivos são apresentados em itens específicos a seguir.

1.4 Serviço Social: gênese, intervenção na Política de saúde e na atenção às PVHIV

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social. (21). Com o surgimento dos centros de saúde em São Paulo, na década de 20, surgem algumas profissões como médico sanitaria e educadora sanitária (22), cuja função estaria próxima do que o Serviço Social desenvolveria posteriormente como atividade profissional - “ligar os serviços de saúde a instituições externas”.

Ainda que relatos de atuação na área da saúde caracterizem os primórdios das origens do Serviço Social no Brasil, seria na década de 30, a partir das relações entre a Igreja Católica e o Estado, num momento em que a religião se mobiliza, através de grupos oriundos da classe dominante, que a atuação na área social passa a se envolver com questões sociais (23).

Com o surgimento das instituições assistenciais e previdenciárias, na década de 40 a atividade do Serviço Social se legitima pelo Estado e seu público passa a concentrar-se no proletariado. Nesse momento, deixa seu caráter caritativo e torna-se atuante na execução da política social do Estado e empresas. Sua atuação se faz basicamente em organizações públicas e privadas, com ações de caráter educativo e organizativo.

Nesse contexto, o exercício da profissão era caracterizado pela intermediação entre instituição e clientela, viabilizando a atuação nos diferentes tipos de campos: saúde, habitação, lazer. O profissional passa a ter acesso a quase totalidade da vida cotidiana, interferindo assim na realidade dos assistidos, tendo como objeto de trabalho a questão social. (23)

Nas décadas de 70 e 80, o Serviço Social no Brasil, assume uma perspectiva marxista, rompendo com a vertente tradicionalista da Igreja e Estado, aproximando os profissionais das classes populares e dos movimentos sociais – Movimento de Reconceitualização. A atuação profissional se direciona na luta por direitos, iniciando uma trajetória de ruptura com o conservadorismo o que possibilitou uma nova identidade profissional, com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora, diante de uma prática intervencionista (23).

Na década de 80, com a abertura política e os movimentos de mudanças, orientados por uma agenda democrática de reforma social, surge um novo ordenamento para responder às necessidades da sociedade, processo esse que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual institui um sistema de proteção social que integra as políticas de saúde, previdência e assistência. A atuação do Serviço Social foi fundamental na composição dos movimentos que culminaram nesse processo.

Diante desse cenário de mudanças em que se encontrava a sociedade brasileira, no final da década de 80, movida pelos apelos à abertura democrática, ganha forças o movimento sanitário, o qual aderiu à consolidação dos direitos à cidadania e o efetivo acesso à saúde da população (24).

No ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde técnicos da área, gestores e a sociedade civil, se reuniram com o propósito de elaborar um modelo de assistência à saúde que garantisse a integralidade do atendimento, considerando as desigualdades existentes na sociedade à época.

O resultado desse movimento foi a elaboração de um documento, o qual garantia a inclusão ao direito à saúde pública de todo cidadão brasileiro, com ações preventivas e curativas integradas em um sistema único e descentralizado. Esse documento integrou o rol de publicações que nortearam a organização do Sistema Único de Saúde, em 1988 (25).

O Serviço Social se insere enquanto categoria profissional imprescindível na política de saúde, na medida em que, juntamente com previdência e assistência social, a saúde integra o tripé da Seguridade Social. A produção de conhecimento teórico e as reflexões suscitadas pelos profissionais de Serviço Social mediante os questionamentos à política neoliberal, através do projeto ético-político da profissão, legitimou a categoria a atuar no fortalecimento da política pública de saúde. (23)

Desse modo, na área da Saúde, os Assistentes Sociais interagem entre a instituição e o usuário, visando a participação do mesmo como sujeito no processo de tratamento e a interlocução em questões que interfiram no processo saúde e doença.

1.4.1 O trabalho profissional de assistentes sociais em atenção às Pessoas que Vivem com HIV/Aids

Desde o início da epidemia do HIV no Brasil, há o estigma de que a PVHIV integra um grupo ou adota um comportamento "de risco" perante a sociedade em que se insere. Atualmente, esse conceito foi abolido, pois entende-se que situações de risco podem estar relacionadas a aspectos socioculturais, agravados pela pauperização e interiorização da população, os quais dificultam a prevenção (7). Essas situações de risco acabaram provocando a disseminação da doença em segmentos mais vulneráveis como mulheres, população LGBT, jovens e usuários de drogas (7).

Diante desse quadro, a atuação do profissional de Serviço Social nas equipes de atenção à PVHIV é fundamental para melhor percepção da realidade social, econômica e cultural do usuário do serviço. O entendimento da dinâmica de vida dos usuários, e de suas relações com a sociedade contemporânea, favorecido pela

formação de caráter humanista da profissão, aproxima o assistente social do usuário, transpondo barreiras para um melhor acolhimento e coleta de informação que serão essenciais para o traçado de uma melhor proposta de intervenção pela equipe interdisciplinar (26).

A partir do diagnóstico, a PVHIV enfrenta inúmeras dificuldades, sendo a sensação de morte ou finitude a primeira barreira a ser transposta. Questões subjetivas como medo, angústia, preconceito, desmistificação, valorização da autoestima, autocuidado, direitos trabalhistas e previdenciários, são alguns dos temas abordados logo no início do tratamento (10).

1.4.2 Especificidades no CRI de Sertãozinho

No Centro de Referência em Infectologia de Sertãozinho, a Assistente Social integra a equipe interdisciplinar desde a implantação do programa, porém apenas a partir de 2015 passou a atuar em período integral no ambulatório, em caráter efetivo.

Atualmente, a presença da Assistente Social é diária, integrando as ações de tratamento (atendimento ambulatorial) e prevenção (palestras educativas, ações de testagem itinerante) das ISTs, juntamente com a equipe.

O trabalho do profissional em nível ambulatorial se concentra no acolhimento ao paciente logo no início do tratamento orientando sobre direitos previstos na legislação, por meio do diagnóstico social traçado em entrevista. Nesse momento também é possível identificar fatores que possam vir a dificultar a adesão ao tratamento como grau de escolaridade, acesso ao serviço de saúde, apoio familiar, uso de álcool e drogas, presença de rede sócio assistencial conforme a localidade de residência, relato de doenças crônicas ou psíquicas, além de questões subjetivas relacionadas a crenças, valores culturais, orientação sexual e identidade de gênero.

Sempre que identificado algum fator que possa interferir na adesão, o assistente social realiza interlocuções com os demais membros da equipe, traçando estratégias individuais conforme a demanda apresentada, tornando-se assim referência para ações que favorecem a adesão.

Nesse processo, o profissional realiza ações pontuais como visita domiciliar para fins de busca ativa e melhor reconhecimento da realidade social e econômica do paciente.

Outra importante ferramenta para atuação é a integração entre os serviços disponíveis pela rede sócio assistencial, facilitando encaminhamentos e sua devolutiva para outros serviços como: saúde, assistência social, educação, transporte, cultura e lazer, geração de renda, atenção psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS- AD) e orientação jurídica (OAB).

Os atendimentos são realizados através de agendamento ou por livre demanda, conforme a necessidade de pacientes e familiares.

O atendimento pelo Serviço Social é realizado individualmente, em sala específica, respeitando o sigilo e a individualidade ou em grupo. Nesse último, o profissional atua como facilitador, mediando discussões entre os usuários sobre suas vivências cotidianas, conforme o que é trazido como dificuldades ou superações. Durante todo esse processo são estabelecidos os vínculos e as relações de confiança entre o profissional e os usuários, fatores que serão essenciais no favorecimento da adesão ao tratamento.

Todas as informações são registradas em prontuário único, facilitando a integração e atuação da equipe, a qual se reúne para discussões de situações pontuais ou coletivas, quando necessário.

Nas ações denominadas “extra-muro” como palestras educativas e CTA itinerante, o profissional atua ministrando palestras de conteúdo preventivo sobre ISTs, orientando sobre direitos e legislação vigente, bem como realiza entrevistas direcionadas para teste rápido (aplicação de questionário), finalizando com aconselhamento individual após resultado.

O Assistente Social, é o profissional de referência para a garantia de direitos, e sua atuação em unidades de saúde se legitima pela identificação de determinantes sociais, econômicas e culturais, que possam influenciar no processo saúde-doença, sendo ele o agente mobilizador de recursos que possam interferir no enfrentamento dessa realidade.

2 JUSTIFICATIVA

A cidade de Sertãozinho, localizada na região nordeste do estado de São Paulo, contava no ano de 2018 com população estimada de 124.453 habitantes, (27). A atividade econômica do município está voltada ao setor Sucroenergético e ao setor de Tecnologia Agroindustrial.

O Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, responsável pelo Centro de Referência em Infectologia, foi criado no ano de 1998. Está localizado junto ao Centro de Saúde II, na Rua Pedro Biguethi, nº 910, no bairro São João, na cidade de Sertãozinho / SP, local onde também é prestado o atendimento de especialidades médicas e odontológicas do município, sendo ainda sede da Vigilância em Saúde e demais programas (Tuberculose e Hanseníase).

Integra a atenção especial em saúde, sendo referência para a microrregião – Horizonte Verde - subdivisão da DRS XIII do estado de São Paulo. É o único ambulatório especializado para o atendimento de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e doenças infectocontagiosas do município, realizando consultas com agendamento prévio, aconselhamento e orientação em ISTs, bem como atendimento de urgência em casos de Profilaxia Pós Exposição – PEP em situações de acidentes ocupacionais. Realiza testes rápidos, contando com um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, que funciona de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas. Após esse horário, aos finais de semana e feriados, o atendimento de urgência para exames e início PEP é realizado pela UPA.

Figura 2 – Municípios que integram a DRS XIII (28)

O ambulatório possui em seu quadro 25 funcionários, sendo: 1 Coordenador, 2 Enfermeiras, 1 Assistente Social, 3 Técnicos em Enfermagem, 1 Biomédico, 1 Oficial Administrativo, 3 Auxiliares de Laboratório, 4 Agentes de Redução de Danos, 4 Médicos Infectologistas, 1 Médico Ginecologista, 1 Médico Psiquiatra^{1*} (terceirizado), 1 Dentista 1 Farmacêutica e 1 Auxiliar de Farmácia.

No início da pesquisa, em meados de 2017, constavam inseridos no cadastro 340 pacientes em seguimento no ambulatório, com diagnóstico de HIV/aids, residentes ou não no município de Sertãozinho.

Atualmente, estão cadastrados 412 pacientes diagnosticados com HIV (maio 2018), residentes ou não no município. Aproximadamente 60% (252) são do sexo masculino e 40% (160) do sexo feminino (SICLOM).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo a cidade de Sertãozinho ocupava o 61º lugar em casos de aids estando ainda em 131º colocado em taxa de incidência por 100 mil habitantes no estado, com um total de 564 casos registrados da doença (29).

Em dois anos, pudemos observar um aumento percentual em 21% nos casos confirmados de HIV em seguimento pelo Ambulatório, sendo 80% (58 casos) do sexo masculino e 20 % (14 casos) do sexo feminino.

¹ Contratado após a pesquisa

No município, assim como na grande maioria dos serviços de saúde que se destinam ao atendimento às PVHIV não há sistematização para aferição da adesão, sendo o autorrelato o principal método utilizado pela equipe para avaliação, seguido da análise dos dados de dispensação de ARV através da ferramenta SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), análise de resultados de exames e avaliação clínica. A identificação de fatores relacionados à má adesão ao tratamento, apontados pela pesquisa nos embasa com subsídios para a ampliação da atuação da gestão do atendimento, na implementação de novos protocolos otimizando a estrutura do Centro de Referência, favorecendo a assistência ao paciente.

3 OBJETIVOS

- **Primário**

Identificar fatores relacionados à má adesão à terapia antirretroviral entre pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em seguimento no Ambulatório de IST/AIDS do município de Sertãozinho.

- **Secundário**

Definir a prevalência de má adesão entre os pacientes em seguimento;

Identificar fatores de má adesão à terapia antirretroviral relacionando fatores demográficas, sociais, clínicos e medicamentosos;

Propor medidas de melhoria de adesão através de novos protocolos otimizando a estrutura do ambulatório, favorecendo a assistência do paciente.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Casuística

O estudo foi conduzido no ambulatório do Centro de Referência em Infectologia da cidade de Sertãozinho – SP, no período compreendido entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018, onde foram convidados a participar pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em seguimento médico no serviço com esquema ARV prescrito há pelo menos 3 meses, realizado mediante a aplicação de um questionário (APÊNDICE 1), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2), com questões relativas ao comportamento e práticas potencialmente associadas à má adesão, possibilitando a verificação da existência de associações, determinando a prevalência de má adesão.

Os pacientes incluídos no estudo foram entrevistados pela pesquisadora, no dia de seu retorno médico previamente agendado pela equipe do ambulatório, não sendo necessário agendamento adicional. Durante a entrevista foram coletadas informações referentes a fatores clínicos como o tempo de diagnóstico, histórico de doenças oportunistas, doenças crônicas ou transtornos psiquiátricos; informações sobre o padrão de uso das medicações antirretrovirais; uso de drogas e álcool e indicadores socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, orientação sexual, identificação étnico-racial, convívio familiar, escolaridade, situação no mercado de trabalho e renda). Informações adicionais quanto à contagem de células T CD4+ e carga viral do HIV foram coletadas dos registros do prontuário. Dados sobre a retirada mensal das medicações antirretrovirais foram obtidos através de consulta pelo site SICLON.

4.2 Critérios de Inclusão

Diagnóstico confirmado de infecção pelo vírus HIV;
Consentimento informado;
Idade igual ou superior a 18 anos;
Seguimento no Ambulatório de IST/AIDS de Sertãozinho SP;
Ter esquema antirretroviral prescrito há pelo menos 3 meses.

4.3 Critérios de exclusão

Abandono ou óbito;

Deteção em sistema prisional no momento da seleção do estudo.

4.4 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo Transversal caracterizado pela seleção de uma amostra entre os pacientes do ambulatório do Centro de Referência em Infectologia de Sertãozinho, que uma vez selecionada, tornou possível distinguir dois grupos sendo um caracterizado por pacientes considerados em adesão (indetectáveis) e outro considerado em má adesão ao tratamento ARV.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com base na definição de que a população geral do estudo, ou seja, o número de pacientes em seguimento no referido ambulatório à época do estudo era de 340.

Considerou-se ainda que o percentual estimado de pacientes em má adesão ao tratamento ARV era de 20% do total de pacientes em seguimento. Estimando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% temos uma amostra calculada de 143 participantes.

Para o cálculo foi utilizada a fórmula abaixo (30):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - População

Z - Variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

4.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa e os devidos documentos (Protocolo e TCLE) foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para apreciação ética, e devidamente aprovado. PROCESSO HCRP nº 10866/2017, em 16/10/2017 (ANEXO A).

4.6 Descrição das variáveis e definições

As informações coletadas em questionário através de entrevista diretiva consideraram variáveis qualitativas e quantitativas, as quais seguem abaixo com suas respectivas descrições.

4.6.1 Foram considerados quanto à identidade e perfil sócio econômico

Idade; escolaridade, em anos de estudo concluídos; total da renda familiar, em salários mínimos vigentes; composição familiar, considerando o número de membros residentes com o (a) paciente; sexo biológico; se o (a) paciente convive maritalmente com companheiro (a), em razão das várias formas de união atualmente legalizadas; quanto à orientação sexual e identidade de gênero os pesquisadores optaram por considerar apenas se HSH, devido a não representatividade de lésbicas e transexuais na amostra; identidade étnico racial; fonte de renda, onde considerou-se ganhos formais, informais e benefícios recebidos através da Política de Assistência Social por transferência de renda pelo núcleo familiar; na sequência foi questionado se recebe ou não benefício assistencial o que pode caracterizar qualquer benefício como: cesta-básica, leite-fluído, aluguel social, etc; situação de moradia, considerando imóvel próprio ou não, caracterizado por alugado ou cedido e situação de rua; uso e frequência de uso de álcool e drogas, sendo a frequência diária, semanal ou mensal.

4.6.2 Sobre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório, foram questionados

Número diário de comprimidos ARV ingeridos; número de faltas em consultas e ou coletas em um período de 12 meses; se deixou de retirar a medicação por pelo menos 1 vez nos últimos 3 meses que antecederam o momento da entrevista; se sabe o nome da medicação; se esqueceu de tomar pelo menos 1 dose do medicamento por 4 dias consecutivos nos últimos 3 meses que antecederam o momento da entrevista; se necessita da ajuda de algum familiar para tomar a medicação.

4.6.3 - Quanto ao histórico clínico e registros em prontuário:

Ano do diagnóstico, dividido entre: antes de 2010 (2) e após 2010 (1); histórico de doença prévia oportunista; presença de outras doenças crônicas; presença de transtornos psiquiátricos, se o parceiro (a) /companheiro (a) é PVHIV; quantificação de Carga Viral (Abbott Real Time HIV – 1) e contagem de células T CD4+ (Citometria de Fluxo Facscalibur – Multitest).

Os pesquisadores definiram como critério de má adesão pacientes cuja carga viral apresentou níveis acima do limite de detecção (acima de 40 cópias/ml; Abbott Real Time HIV-1).

5 CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inicialmente descritos através de frequência absoluta e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média e desvio padrão (variáveis quantitativas).

Todas as comparações envolvendo variáveis quantitativas foram analisadas através do teste t-Student. Enquanto as comparações envolvendo as variáveis qualitativas foram analisadas através do teste exato de Fisher. A relação conjunta entre as variáveis de interesse e carga viral foi analisada por meio da análise de correspondência múltipla, técnica exploratória multivariada de simplificação da estrutura da variabilidade de dados, a qual utiliza de variáveis categóricas dispostas em tabelas de contingência, levando em conta medidas de correspondência entre as linhas e colunas da matriz de dados. É um método para determinação de um sistema de associação entre os elementos de duas ou mais variáveis, buscando explicar a estrutura de associação dos fatores em questão. Assim, são construídos gráficos com as componentes principais das linhas e das colunas permitindo a visualização da relação entre os conjuntos, onde a proximidade dos pontos referentes à linha e a coluna indicam associação e o distanciamento uma repulsão.

A importância de cada dimensão é dada pelos correspondentes autovalores, e estes, indicam o percentual de informação que é restituída a cada eixo gerador de uma dimensão, sendo que a soma dos autovalores elevados ao quadrado é igual à inércia total, ou seja, é igual à variabilidade total da tabela de dados.

O processo gráfico gera inicialmente, uma nuvem de pontos contidos em um espaço multidimensional que torna praticamente impossível a análise visual das relações. No entanto, esta nuvem pode ser projetada em planos escolhidos pela sua capacidade de representar o mais fielmente às distâncias originais dos pontos. Nos planos, os pontos se distribuem naturalmente segundo a representatividade dos mesmos, de acordo com o valor dos perfis, linha ou coluna, que representam o conjunto de dados. Desta forma, pontos consequentes de perfis semelhantes, se localizam mais próximos no plano do que pontos advindos de perfis com características discrepantes, esse fato é que faz com que a Análise de Correspondência desvende modelos de associações entre as variáveis em estudo e suas respectivas categorias. Todas as análises foram realizadas através do software

SAS 9.2, com exceção da análise de correspondência que foi feita no SPSS versão 21.

Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

6.1 Características gerais da amostra

6.1.1 Sócio Demográficas

Foram incluídos no estudo 143 pacientes, entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018. Após análise estatística, definiu-se que 74,13% da amostra foi considerada como de pacientes indetectáveis e 25,87% de pacientes em má adesão.

As tabelas 1 e 2 apresentam características demográficas e sociais dos pacientes incluídos considerando o momento da entrevista. Na tabela 1 estão as variáveis quantitativas onde observamos mediana de idade de 42 anos, nível de escolaridade com mediana de 6 anos concluídos e composição familiar com cerca de 3 membros.

Na tabela 2 estão as variáveis qualitativas onde observamos predomínio do sexo masculino e de indivíduos que não convivem maritalmente com companheiro sob o mesmo teto. Quanto a identidade de gênero e orientação sexual, a amostra é de maioria de heterossexuais com quase 80% de representação.

Cerca de 48,25% se auto declararam pardos.

Quanto a situação financeira, 71,33% declararam ter alguma fonte de renda, sendo a média desses rendimentos em torno de 1,45 salários mínimos vigentes e quanto ao recebimento de benefícios assistenciais, 51,05 % declararam que não recebem nenhum tipo. Mais de 50% dos pacientes residem em imóveis alugados ou cedidos, tendo ainda uma pequena parcela vivendo em situação de rua (3,5%).

Com relação ao uso, e frequência de uso, de álcool e drogas, observou-se que 51% dos pacientes fazem uso de álcool, e desses, 36,36% o fazem com frequência semanal. Quanto ao uso de drogas, a amostra evidenciou que quase 79% dos pacientes não fazem uso de nenhum tipo, e os que fazem, usam em sua maioria semanalmente.

Tabela 1 - Características sócio demográficas de carácter quantitativo. Amostra geral.

Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
IDADE	42,83	18	42	73
ESCOLARIDADE ANOS CONCLUIDOS	7,39	0	6	15
TOTAL RENDA (número de salários mínimos)	1,45	0	1	5,5
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (nº membros)	2,73	0	3	8

Tabela 2 - Características sócio demográficas de carácter qualitativo. Amostra geral.

Variável	Total de casos	Percentual
<i>SEXO</i>		
F	68	47,55
M	75	52,45
<i>CONVIVE MARITALMENTE</i>		
NÃO	87	60,84
SIM	56	39,16
<i>H.S.H.</i>		
NÃO	114	79,72
SIM	29	20,28
<i>IDENTIDADE E.R.</i>		
BRANCA	52	36,36
PARDA	69	48,25
PRETA	22	15,38
<i>FONTE RENDA</i>		
NÃO	41	28,67
SIM	102	71,33
<i>BENEFÍCIO ASSIST</i>		
NÃO	73	51,05
SIM	70	48,95
<i>SIT. MORADIA</i>		
ALUGUEL/CEDIDO	72	50,35
PROPRIO	66	46,15
SIT. RUA	5	3,50
<i>USO DE ALCOOL</i>		
NÃO	70	48,95
SIM	73	51,05
<i>FREQ USO DE ALCOOL</i>		
DIARIA	19	13,29
NÃO	72	50,35
SEMANAL	52	36,36

<i>USO DROGAS</i>		
NÃO	112	78,32
SIM	31	21,68
<i>FREQ USO DROGAS</i>		
DIARIA	7	4,90
MENSAL	1	0,70
NÃO	112	78,32
SEMANAL	23	16,08

6.1.2 Padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório

As tabelas 3 e 4 apresentam o padrão de uso da medicação e a relação dos pacientes com a equipe do ambulatório da amostra geral.

Na tabela 3, a média diária de comprimidos da TARV é de 2,55 e a média de faltas no período de 1 ano não contempla 1 falta.

Na tabela 4, evidencia-se que 77,62 % dos pacientes retiraram corretamente a medicação ARV na farmácia de dispensação do ambulatório no período de 3 meses que antecederam o momento da entrevista e que mais de 90% dos pacientes não sabem o nome da medicação ARV da qual faz uso.

Um importante dado relacionado à adesão é sobre o percentual de pacientes que declararam ter tomado corretamente as medicações, onde 58,74% declarou não ter esquecido de tomar as medicações, porém o percentual de quem esqueceu de tomar a medicação foi relativamente alto. Sobre necessitar de ajuda de algum familiar para lembrar de tomar a medicação, 76,22% declarou que não necessita.

Tabela 3 - Padrão de uso da medicação e a relação com a equipe do ambulatório. Quantitativo da amostra geral.

Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
N. DIARIO comprimidos	2,55	1	2	7
N DE FALTAS 12 MESES	0,94	0	0	12

Tabela 4 - Padrão de uso da medicação e a relação com a equipe do ambulatório. Qualitativo da amostra geral.

Variável	Total de casos	Percentual
<i>DEIXOU RETIRAR MEDIC</i>		
NÃO	111	77,62
SIM	32	22,38
<i>SABE NOME</i>		
NÃO	131	91,61
SIM	12	8,39
<i>ESQUECEU de tomar</i>		
NÃO	84	58,74
SIM	59	41,26
<i>NECESSITA AJUDA</i>		
NÃO	109	76,22
SIM	34	23,78

6.1.3 Histórico Clínico e informações de prontuário

As tabelas 5 e 6 apresentam dados sobre a história clínica e informações colhidas em prontuário dos pacientes.

Quanto aos níveis de T CD4+, observou-se média de 620,43 células/mm. Quanto ao ano de diagnóstico, a maioria da amostra obteve diagnóstico positivo para o HIV após o ano de 2010 (62,94%).

Cerca de 62,24% não apresentou doença prévia oportunista e 56,64% não apresenta outras doenças crônicas. Quanto a presença de transtornos psiquiátricos, 53,85 % não apresenta.

A maioria dos casais são sorodiscordantes representando 65,73% da amostra.

Quanto a quantificação de carga viral, 74,13% (106) dos pacientes são indetectáveis, e 25,87% (37) dos pacientes apresentam carga viral detectável, (acima de 40 cópias por mm de sangue) os quais foram considerados em má adesão.

Tabela 5 - Histórico Clínico e informações de prontuário. Quantitativo da amostra geral.

Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
CONTAGEM CD4	620,43	23	568	2148

Tabela 6 - Histórico clínico e informações de prontuário. Qualitativo da amostra geral.

Variável	Total de casos	Percentual
<i>ANO DIAG</i>		
1	90	62,94
2	53	37,06
<i>DOENÇA PREVIA</i>		
NÃO	89	62,24
SIM	54	37,76
<i>DOENÇA CRONICA</i>		
NÃO	81	56,64
SIM	62	43,36
<i>TRANST PSIQUIAT</i>		
NÃO	77	53,85
SIM	66	46,15
<i>PARCEIRO HIV</i>		
NÃO	94	65,73
SIM	49	34,27
<i>QUANT carga viral</i>		
Indetectável	106	74,13
Má adesão	37	25,87

6.2 Comparação das características entre as amostras

6.2.1 Comparação entre as características sócio demográficas entre as amostras

Na tabela 7 podemos observar que na amostra considerada em má adesão a média de idade é menor, de aproximadamente 39 anos, e a escolaridade em anos de estudo concluídos também esteve abaixo da média da amostra considerada indetectável. Outro dado expressivo foi o critério de renda, onde na amostra considerada em má adesão a média apresentada foi de 0,77 salários mínimos vigentes, contra 1,69 salários da amostra indetectável.

O número de membros que compõe o núcleo familiar não apresentou diferença significativa entre os grupos.

Tabela 7 - Comparativo entre as características sócio demográficas de caráter quantitativo.

QUANT carga viral	Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
Indetectável	IDADE	43,83	18	44	73
	ESCOLARID ANOS CONCLUIDOS	7,82	0	8	15
	TOTAL RENDA (número de salários mínimos)	1,69	0	1,5	5,5
	COMPOSIÇÃO FAMILIAR (nº membros)	2,72	1	2,5	8
Má adesão	IDADE	39,95	22	39	68
	ESCOLARID ANOS CONCLUIDOS	6,16	0	5	13
	TOTAL RENDA (número de salários mínimos)	0,77	0	1	3,5
	COMPOSIÇÃO FAMILIAR (nº membros)	2,78	0	3	6

Na tabela 8, não observamos significância estatística quanto ao sexo no comparativo entre os dois grupos, o que também se observa quanto ao convívio com companheiro, orientação sexual e identidade de gênero, identidade étnico racial e recebimento de benefícios assistenciais.

Nas variáveis fonte de renda e condição de moradia, observou-se significância estatística entre os grupos, podendo estes, serem fatores determinantes para má adesão.

Sobre o uso de álcool, não se observou significância pelo uso, porém sobre a frequência do uso se observa diferença estatística entre os dois grupos.

Sobre o uso e frequência de uso de drogas, não se observou diferença estatística significativa entre os dois grupos.

Tabela 8 - Comparativo entre as características sócio demográficas de caráter qualitativo.

SEXO	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
F	50 (47,17%)	18 (48,65%)	68	0,99
M	56 (52,83%)	19 (51,35%)	75	
Total	106	37	143	
CONVIVE MARITALMENTE	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	62 (58,49%)	25 (67,57%)	87	0,43
SIM	44 (41,51%)	12 (32,43%)	56	
Total	106	37	143	

H.S.H.	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	85 (80,19%)	29 (78,38%)	114	0,82
SIM	21 (19,81%)	8 (21,62%)	29	
Total	106	37	143	
IDENTIDADE E.R.	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
BRANCA	41 (38,68%)	11 (29,73%)	52	0,22
PARDA	52 (49,06%)	17 (45,95%)	69	
PRETA	13 (12,26%)	9 (24,32%)	22	
Total	106	37	143	
FONTE RENDA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	24 (22,64%)	17 (45,95%)	41	0,01
SIM	82 (77,36%)	20 (54,05%)	102	
Total	106	37	143	
BENEFÍCIO ASSIST	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	57 (53,77%)	16 (43,24%)	73	0,34
SIM	49 (46,23%)	21 (56,76%)	70	
Total	106	37	143	
SIT. MORADIA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
ALUGUEL/CEDIDO	55 (51,89%)	17 (45,95%)	72	0,03
PROPRIO	50 (47,17%)	16 (43,24%)	66	
SIT. RUA	1 (0,94%)	4 (10,81%)	5	
Total	106	37	143	
USO DE ALCOOL	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	55 (51,89%)	15 (40,54%)	70	0,26
SIM	51 (48,11%)	22 (59,46%)	73	
Total	106	37	143	
FREQ USO DE ALCOOL	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
DIARIA	9 (8,49%)	10 (27,03%)	19	0,02
NÃO	56 (52,83%)	16 (43,24%)	72	
SEMANAL	41 (38,68%)	11 (29,73%)	52	
Total	106	37	143	
USO DROGAS	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	87 (82,08%)	25 (67,57%)	112	0,10
SIM	19 (17,92%)	12 (32,43%)	31	
Total	106	37	143	

FREQ USO DROGAS	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
DIARIA	4 (3,77%)	3 (8,11%)	7	0,18
MENSAL	1 (0,94%)	0 (0%)	1	
NÃO	87 (82,08%)	25 (67,57%)	112	
SEMANAL	14 (13,21%)	9 (24,32%)	23	
Total	106	37	143	

6.2.2 Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório entre os grupos

Na tabela 9, a média do número diário de comprimidos ARV não apresentou diferença significativa, porém a média de faltas no período de 1 ano no grupo caracterizado como em má adesão foi do triplo de faltas no comparativo com o grupo indetectável.

Tabela 9 - Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório. Quantitativo.

QUANT carga viral	Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
Indetectável	N. DIARIO comprimidos	2,54	1	2	7
	N DE FALTAS 12 MESES	0,59	0	0	6
Má adesão	N. DIARIO comprimidos	2,59	1	2	7
	N DE FALTAS 12 MESES	1,92	0	0	12

Na tabela 10, observa-se que os pacientes em má adesão não retiraram a medicação corretamente e esqueceram de tomar a medicação, sendo outra diferença estatística significativa entre os dois grupos. Quanto a não saber o nome da medicação e necessitar de ajuda de um familiar, não se observou significância estatística nas variáveis entre os grupos.

Tabela 10 - Comparativo entre o padrão de uso da medicação e a relação do paciente com a equipe do ambulatório. Qualitativo.

DEIXOU RETIRAR MEDIC	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	92 (86,79%)	19 (51,35%)	111	<0,01
SIM	14 (13,21%)	18 (48,65%)	32	
Total	106	37	143	

SABE NOME	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	95 (89,62%)	36 (97,3%)	131	0,19
SIM	11 (10,38%)	1 (2,7%)	12	
Total	106	37	143	
ESQUECEU de tomar	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	73 (68,87%)	11 (29,73%)	84	<0,01
SIM	33 (31,13%)	26 (70,27%)	59	
Total	106	37	143	
NECESSITA AJUDA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	81 (76,42%)	28 (75,68%)	109	0,99
SIM	25 (23,58%)	9 (24,32%)	34	
Total	106	37	143	

6.2.3 Comparativo do histórico Clínico e informações de prontuário

Nas tabelas 11 e 12, observamos que a média da contagem de linfócitos T CD4+ dos pacientes em má adesão foi inferior à média do grupo indetectável. Quanto ao ano do diagnóstico não houve significância entre os grupos, bem como ao histórico de doença prévia oportunista. Não se observa significância estatística nas variáveis transtornos psiquiátricos e parceiros HIV +.

Tabela 11 - Comparativo do histórico Clínico e informações de prontuário. Quantitativo.

QUANT carga viral	Variável	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
Indetectável	CONTAGEM CD4	692,42	82	633	2148
Má adesão	CONTAGEM CD4	414,16	23	399	948

Tabela 12 - Comparativo do histórico clínico e informações de prontuário. Qualitativo.

ANO DIAG	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
1	67 (63,21%)	23 (62,16%)	90	0,99
2	39 (36,79%)	14 (37,84%)	53	
Total	106	37	143	
DOENÇA PREVIA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	67 (63,21%)	22 (59,46%)	89	0,70

SIM	39 (36,79%)	15 (40,54%)	54	
Total	106	37	143	
DOENÇA CRONICA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	56 (52,83%)	25 (67,57%)	81	
SIM	50 (47,17%)	12 (32,43%)	62	0,13
Total	106	37	143	
TRANST PSIQUIAT	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	56 (52,83%)	21 (56,76%)	77	
SIM	50 (47,17%)	16 (43,24%)	66	0,71
Total	106	37	143	
PARCEIRO HIV	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	69 (65,09%)	25 (67,57%)	94	
SIM	37 (34,91%)	12 (32,43%)	49	0,84
Total	106	37	143	

6.3 Análise de Correspondência

No gráfico de análise de correspondência, evidenciou-se que há maior associação para carga viral positiva (pacientes em má adesão) pacientes que não possuem fonte de renda, e quando há esses rendimentos são insuficientes para provimento da própria subsistência, cuja contagem de T CD4+ está abaixo de 500 células /mm, que apresentam baixa escolaridade, com ingestão irregular da medicação, que fazem uso frequente de álcool, residindo em imóvel alugado ou cedido, que não retiraram a medicação na data prevista, com alguma falta em um período de 1 ano.

Gráfico 1 - Análise de Correspondência

7 DISCUSSÃO

Desde que o Ministério da Saúde adotou políticas e implementou estratégias de ampliação de diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV no Brasil, com destaque para a lei que garante o fornecimento gratuito de ARV de 1996 (8), vimos a aids tornar-se doença crônica no país.

A partir de 2013, seguindo a recomendação “tratamento para todos”, o Brasil passa a estimular o uso precoce de ARV independente da contagem de células T CD4+, estratégia essa que favoreceu a prevenção de complicações resultantes da inflamação crônica induzida pelo vírus HIV, diminuindo os índices de mortalidade e consequentemente melhorando a qualidade de vida dos pacientes (9). Sendo um dos países que apresenta uma das maiores coberturas de medicações ARV dentre aqueles ainda em desenvolvimento, no ano de 2014 o Brasil deu mais um passo ao assumir compromisso proposto pela UNAIDS em cumprir a meta “90 90 90”, oportunizando testagem e acesso ao tratamento com vistas a supressão viral até 2020 (10).

Segundo dados do Ministério da Saúde (11), no ano de 2017 cerca de 886 mil pessoas viviam com HIV no Brasil e dessas, cerca de 60% tiveram acesso a TARV. Esses medicamentos, embora essenciais no controle da infecção, podem causar efeitos colaterais e quando usados de forma irregular podem levar ao risco da seleção de variantes virais resistentes, processo particularmente comum em indivíduos que apresentam má adesão ao tratamento (9).

A amostra incluída no presente estudo retratou a população de pacientes do ambulatório de um Centro de Referência em Infectologia de uma cidade do interior do estado de São Paulo, onde objetivou-se encontrar fatores relacionados à má adesão ao tratamento.

No estudo verificou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (52,45%), com média de idade entre 42 anos, onde a maioria (48,25%) no critério identidade étnico racial se auto declarou pardo, tendo em média até 7 anos de ensino completo. Dados epidemiológicos do Brasil mostram que a maior concentração de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017, eram do sexo masculino (67,9%), na faixa etária entre 25 a 39 anos, com ensino fundamental incompleto e que se declararam pardos (29).

Estudos sugerem que quanto maior o nível de escolaridade melhor será a qualidade da informação sobre a condução do paciente ao consumo regular da TARV (35), pois a baixa escolaridade faz supor que há prejuízos no nível de entendimento sobre riscos potenciais que a má adesão terapêutica pode trazer. Ainda que não se evidenciou associação estatística significativa na variável escolaridade, observou-se queda na média de anos de estudo concluídos no grupo que apresentou má adesão, sendo a média de apenas 6 anos.

Quanto ao convívio familiar, em média cada paciente convive com mais 2,75 pessoas (mediana de 3) e 60% não convive com companheiro. Dos que convivem com companheiro, 65 % são sorodiscordantes.

Não houve associação estatística significativa entre o grupo indetectável e o grupo em má adesão.

O presente estudo detectou que fatores como critério de renda e condições de moradia são indicadores de má adesão onde o grupo indetectável apresenta média de rendimentos mensais por família equivalentes ao dobro do valor apresentado pelo grupo em má adesão. Outro fator relativo à renda foi quanto a ter ou não fonte de renda com associação de significância estatística entre as amostras.

Ainda sobre esse indicador, 55% da amostra em má adesão vive em imóvel alugado ou cedido e 1% está em situação de rua.

Este estudo corrobora com os achados de Colombini e colaboradores (36) que apontam que fatores socioeconômicos como indicadores de renda e condição de moradia em situação de extrema pobreza, são preditores de má adesão, uma vez que podem implicar em dificuldades no acesso ao tratamento.

Sobre receber ou não benefícios assistenciais, não se observou significância estatísticas entre as amostras o que sugere que a Política de Assistência Social, responsável pela oferta de segurança de renda dos pacientes envolvidos no estudo, não contempla a amostra em má adesão em sua totalidade, havendo a necessidade de discussão pela rede de atenção entre as políticas de Assistência Social e de Saúde.

Um dado importante sobre PVHIV e sua faixa etária de prevalência é a falta de políticas de inclusão social, pois grande parte dessa população não atende aos critérios de elegibilidade para a maioria dos programas sociais hoje disponíveis, e também, devido à crise econômica que atingiu particularmente a região de Sertãozinho, muitos pacientes não conseguem colocação no mercado de trabalho. Outro agravante que se insere nessa discussão é a recente revisão de benefícios e

aposentadorias por invalidez pelo INSS, somados à também recente reforma Trabalhista e seus desdobramentos onde alguns dos pacientes incluídos no estudo perderam sua condição de segurados pelo INSS (auxílio-doença) e que, até o momento da entrevista, ainda não haviam conseguido outro tipo de “amparo” social.

Outro dado revelado pelo estudo foi a frequência de uso de álcool relacionada a má adesão à TARV, onde dos 51,04% que relataram fazer uso, 22 pacientes compõe o grupo em má adesão, caracterizando 59% daquela amostra, e desses, 57% fazem uso de álcool diária ou semanalmente. Estudo semelhante realizado em um ambulatório de um hospital-escola de Teresina – PI, revelou frequência de uso abusivo de álcool de até 33% (37).

A associação dessa variável e as falhas na adesão vem sendo abordadas em vários estudos, onde o consumo de álcool mesmo em situações não abusivas, tem se mostrado um indicador de má adesão à TARV (37,38).

Quanto ao uso e frequência de uso de drogas, o estudo não revelou dados significativos, o que diverge de outros estudos (39) e que pode significar que o programa não está atingindo populações-chaves em sua atuação frente a política de redução de danos, uma vez que na amostra geral, 78,32% dos entrevistados declararam não fazerem uso de drogas, o que demonstra a necessidade de um redirecionamento nas estratégias de atuação.

O presente estudo revelou também que pacientes em má adesão faltaram às consultas e ou coletas agendadas 3 vezes mais que os pacientes considerados indetectáveis.

Nos registros de retirada de medicação (SICLOM), verificamos que 48,65% dos pacientes em má adesão deixaram de retirar a medicação, sendo esse um indicador de má adesão com associação de significância estatística e outros 70,27% do mesmo grupo refere ter esquecido de tomar pelo menos 1 dose da medicação por 4 dias consecutivos no intervalo de 3 meses (39).

Na análise de identidade de gênero e orientação sexual, o estudo não teve representatividade de lésbicas, travestis e transexuais com 80% da amostra geral de heterossexuais, seguindo a tendência nacional com predomínio de categoria de exposição em homens, heterossexuais (29). Esses fatores não apresentaram significância no comparativo entre os grupos indetectável e em má adesão.

Sobre a não representatividade de travestis e mulheres trans, no estudo, evidencia-se outro indicador da necessidade de reordenamento e implementação de

ações de redução de danos, entre a parceria com a sociedade civil através das ONGs buscando integração com essa população. Estudos mundiais sugerem que pessoas trans são as que apresentam maior vulnerabilidade para ISTs, dentre outros riscos sociais, apresentando taxas desproporcionalmente mais elevadas de soropositividade para o HIV em comparação com o restante da população adulta, com até 49 vezes mais probabilidade de contrair o vírus. (41, 42).

Quanto ao ano de diagnóstico a amostra geral foi dividida entre pacientes que foram diagnosticados antes e após o ano de 2010, sendo que a maioria, 62,64% dos pacientes entrevistados receberam seu diagnóstico após o ano de 2010. Essa variável não apresentou associação de significância estatística para má adesão.

A maioria dos pacientes, 60%, refere não ter outras doenças crônicas associadas, e 53,85% refere não apresentar transtornos psiquiátricos.

Quanto aos níveis de T CD4+ a amostra geral apresentou média de 620,43 por mm de sangue. No grupo indetectável, esses índices se apresentam em maiores níveis, com média de 692,42/mm. No grupo em má adesão esses índices se apresentam em níveis inferiores, com média de 414,14/mm.

8 CONCLUSÃO

Através do presente estudo pudemos identificar que 25,87% da amostra está em má adesão considerando os níveis de detecção de carga viral, e que a relação entre a má adesão está condicionada aos seguintes fatores, os quais seguem elencados com as devidas recomendações:

- Critério de renda e condições de moradia: reiterando que a questão social é fator determinante para a adesão ao tratamento e que as políticas de Saúde e Assistência Social devem trabalhar a inclusão desses pacientes com políticas de habitação, educação, emprego e renda;
- Frequência de uso de álcool: substância psicoativa de fácil acesso, com pouca oferta de tratamento no município. Desde janeiro do corrente ano, o CRI de Sertãozinho conta com uma médica psiquiatra, contratada pela Secretaria de Saúde, após análise dos dados gerados pela pesquisa.
- Sobre a não representatividade da população LGBTI, evidencia-se a necessidade de ampliar a parceria com as ONGs, aproximando as ações do programa com as populações chaves.;
- Sobre a maioria da amostra declarar não fazer uso de drogas é outro dado a ser discutido diante da necessidade de se ampliar ações de redução de danos junto a populações chaves;
- A não retirada da medicação na farmácia na data estabelecida, demonstra a importância em se trabalhar a adesão em sentido amplo, promovendo ampla discussão entre equipe, paciente, família e rede de apoio, dando continuidade a esse estudo;
- Sobre o paciente “esquecer de tomar a medicação”, reiterando os itens anteriores, a ingestão da medicação é o grande desafio do trabalho das equipes que promovem adesão. Nesse item, todo o trabalho de incentivo realizado pela equipe, família, rede de cuidados, religião, deve estar integrado no sentido de apoiar o paciente desde o diagnóstico, conforme sua vontade;

A influência dos “grupos de convivência e adesão” são um importante aliado na busca pela adesão ideal do paciente à TARV.

- O estudo mostrou que 65% dos pacientes que vivem com companheiro são sorodiscordantes. Este indicador em consonância com o que se evidenciou no indicador sobre a população LGBTI, direcionou a discussão da coordenação do

programa com o gestor de saúde do município, sobre a pactuação do Centro de Referência para dar início às ações de Profilaxia Pré Exposição – PreP, ainda no ano de 2019.

REFERÊNCIAS

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION HIV AND AIDS TIMELINE. **National Prevention Information Network-U.S.** Washington: Department of Health & Human Services, 2017. Disponível em: <http://www.npin.cdc.gov>. Acesso em 03 maio 2018.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL - CDC. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, Atlanta, v. 30, n. 25, p. 305-308, jul. 1981.
3. JANEWAY JR, C. A.; TRAVERS, P.; WALPORT, M.; SHLOMCHIK, M. J. **Imunobiologia: o sistema imune na saúde e na doença**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
4. BRUMME, C. J.; POON, A. F. Y. Promises and pitfalls of Illumina sequencing for HIV resistance genotyping. **Virus Res**, Amsterdam, n. 239, p. 97-105, jul. 2017.
5. LABORATÓRIO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – LATICS. Os inibidores das enzimas do HIV. **LATICS – UFCG**, 9 nov. 2015. Disponível em: <https://laticsufcg.blogspot.com/2015/11/os-inibidores-das-enzimas-do-hiv.html>. Acesso em: 05 maio 2019.
6. HOFFMAN, C. J.; GALLANT, J. E. HIV and Aids. **ACP Medicine**, Philadelphia, p. 1-33, 2007.
7. BRASIL. **Programa Nacional de DST/Aids: diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.
8. BRASIL. **Lei n. 9313 de 13 de novembro de 1996**: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm. Acesso em: 05 maio 2019.
9. CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, out. 2004.
10. UNAIDS Brasil. Estatísticas. **UNAIDS Brasil**, 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 10 abr. 2017.
11. BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 02 abr. 2019.
12. KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 113-120, dez.

2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n2/v10n2a02.pdf>. Acesso em: 11 maio 2019.

13. BISHOP, G. D. **Health psychology: integrating mind and body**. Boston: Allyn and Bacon, 1994.

14. SARAFINO, E. P. **Health psychology: bio psychosocial interactions**. New York: John Wiley & Sons, 1990.

15. BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. Por dentro da autoeficiência: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e seus conceitos correlatos. **Rev. Esp. Acad.**, Maringá, n. 112, p. 1-9, set. 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/10818/5961>. Acesso em: 11 maio 2019.

16. BRANNON, L.; FEIST, J. **Health psychology: an introduction to behaviour and health**. Pacific Grove, CA: Brooks & Cole, 1997.

17. HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

18. BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013. (atualizado em 2015).

19. GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev Lat-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 634-641, out. 2005.

20. BRASIL. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids, 2008.

21. MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

22. PALMA, J. J. L. **Os trabalhadores em saúde: agentes, práticas e instituições de saúde de São Paulo**. Orientador: Lilia Blima Schraiber. 1996. 127 p. Dissertação (mestrado em medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

23. IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

24. LINS, R. A.; GUIMARÃES, M. C. S. Sergio Arouca e a reforma sanitária: registro na produção científica. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 17., 2016, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: Repositório Institucional Fiocruz, 2016. p. 1-9. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27619>. Acesso em: 23 abr. 2019.

25. BRASIL. **8 Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 23 abr. 2019.
26. NARCISO, A. M. S.; MEDINA, M. L. M.; PEREIRA, M. T. M. A. Atuação do serviço social junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS no HURNP. **Ser. Soc. Rev**, Londrina, v. 1, n. 1, jul./dez. 1998. Disponível em:
http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v1n1_atuacao.htm. Acesso em: 23 abr. 2019.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Brasil em síntese**: anos de estudo. Brasília: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em:
<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-deestudo.html>. Acesso em: 02 abr. 2019.
28. REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE - RRAS 13. **Plano Regional Rede de Atenção Psicossocial Horizonte Verde**. Ribeirão Preto: DRS XIII, 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-ribeirao-preto/raps_horizonte_verde.pdf?attach=true. Acesso em: 09 jun. 2019.
29. SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico CRT - PE - DST/AIDS/CVE. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, São Paulo, Ano XXXIV, n. 1, jun. 2017.
30. MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 275-278, dez. 2011. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>. Acesso em: 25 maio 2019.
31. PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.
32. MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.
33. SAS INSTITUTE. **The SAS system for Windows**: release 9.2. Cary, NC: SAS Institute, 2011.
34. IBM CORP. **Released 2012**: IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp., 2012.
35. IRFFI, G.; SOARES, R. B.; SOUZA, S. A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. **EconomiA**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 333-356, maio/ago. 2010. Disponível em: http://www.anpec.org.br/revista/vol11/vol11n2p333_356.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.
36. COLOMBRINI, M. R. C.; DELA COLETA, M. F.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz.

Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 490-495, set. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300011>. Acesso em: 3 jul. 2019.

37. REGO, S. R. M. et al. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000100009>. Acesso em: 27 jun. 2019.

38. REGO, S.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão de literatura. **J bras psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.

39. SILVA, J. A. G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

40. SAUCEDA, J. A.; NEILANDS, T. B.; JOHNSON, M. O.; SABERI, P. An update on the Barriers to Adherence and a Definition of Self-Report Non-adherence Given Advancements in Antiretroviral Therapy (ART). **AIDS Behav**, New York, v. 22, n. 3, p. 939-947, Mar. 2018.

41. DOURADO, I. et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00180415, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00181415>. Acesso em: 29 jun. 2019.

42. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Transgender people and HIV**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>. Acesso em: 4 jun. 2019.

APÊNDICES

Apêndice 1

Instrumento de coleta de dados

DADOS DO PACIENTE

- **Data da entrevista:** _____

Nome: _____ Número de registro: _____

Data de Nasc: ____ / ____ / ____ . Idade: _____ anos Sexo: _____

Estado civil: _____

Orientação sexual : _____

Identidade étnico/racial: _____

- **Indicadores sociais e econômicos**

- Escolaridade: _____

- Situação no mercado de trabalho: _____

- Renda mensal: R\$ _____

- Benefício Previdenciário ou assistencial: R\$ _____

- Composição familiar:

- Situação de rua: () sim () não

- Domicílio próprio: () sim () não

Infraestrutura do domicílio :

- **Uso de bebida alcoólica :** () **sim** () **não**

Tipo: _____

Frequência: _____

- **Uso de drogas ilícitas :** () **sim** () **não**

Tipo: _____

Frequência: _____

5. Uso de terapia antirretroviral : () **sim** () **não**

Deixou de retirar medicação na farmácia nos últimos 3 meses? () **sim** () **não**

Número diário de comprimidos: _____

Sabe o nome das medicações ? () **sim** () **não**

Esqueceu de tomar a medicação (todas as doses) por 4 dias ou mais nos últimos 3 meses?
() **sim** () **não**

- Se sim qual o motivo principal ?

Precisa da ajuda de alguém para tomar os remédios ARV ? () **sim** () **não**

Sair para trabalhar fora de casa te atrapalha a tomar as medicações ?
() **sim** () **não** () **não se aplica**

6. Aspectos clínicos

Ano de diagnóstico HIV:

Doença oportunista prévia : () **sim** () **não**

Qual(is):

Doença oportunista atual : () **sim** () **não**

Qual(is):

Doenças crônicas associadas: ☐ sim ☐ não

Qual(is):

Transtorno psiquiátrico diagnosticado: () sim () não

Qual: _____

Parceiro (a) com diagnóstico de HIV ? () sim () não

Frequência em consultas

nº de faltas nos últimos 12 meses:_____

Contagem de células CD4 últimos 6 meses :_____ células/mm³

Data:_____

Quantificação da carga viral do HIV últimos 6 meses:

_____cópias/ml

Data:_____

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Prezado Senhor (a)

O senhor (a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação de Indicadores Clínicos e Sociais de Não-Adesão à Terapia Antirretroviral em Pacientes Vivendo com HIV/AIDS”**.

Alguns pacientes, por diferentes motivos, têm dificuldade de tomar as medicações para tratamento do HIV todos os dias. Estas falhas no tratamento prejudicam a recuperação das defesas do corpo e, conseqüentemente, aumentam o risco do surgimento de infecções ou alguns tumores. O objetivo deste estudo é identificar possíveis fatores que possam indicar quais pacientes tem maior chance de não usar as medicações da maneira certa. Isso poderá nos ajudar a definir maneiras de a equipe de saúde atuar para que esses pacientes realizem seu tratamento corretamente.

Caso o senhor (a) aceite participar deste estudo, realizaremos uma entrevista para obtermos informações sobre alguns aspectos do seus hábitos e condições de vida, histórico médico, trabalho, condição clínica (tempo de diagnóstico do HIV; doenças associadas, resultados das contagem de células de defesa do corpo e carga do vírus HIV no sangue através de informações do seu prontuário médico) e sobre as suas medicações para tratamento do HIV (quais as medicações, número de comprimidos por dia e como você tem tomado estas medicações).

Para participar deste estudo não será necessário coletar sangue ou realizar algum outro exame, além daqueles já indicados pelo seu médico. A entrevista será realizada no dia da sua consulta e não será necessário voltar outro dia para o estudo. As informações coletadas serão mantidas em segredo pela equipe responsável da pesquisa e não serão mencionados. Nenhum dado que possa indentificá-lo nas divulgações científicas deste estudo. Durante todo o período de realização do estudo os dados serão armazenados de maneira sigilosa pela equipe de estudo. Se participar desse estudo, não haverá nenhum benefício direto para você. Entretanto, as informações obtidas no estudo poderão ajudar a equipe de saúde do ambulatório a definir medidas que ajudarão a melhorar o tratamento daqueles pacientes com maior dificuldade de tratar. É possível que você possa se beneficiar de alguma destas medidas, no que diz respeito ao seu tratamento. A sua participação no estudo não acarretará nenhum custo adicional.

Ao assinar este termo de consentimento você não está abrindo mão de qualquer direito legal. O senhor (a) pode deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem nenhum problema ou prejuízo ao seu tratamento. Destacamos que não haverá pagamentos financeiros referentes à sua participação como voluntário.

O senhor receberá uma via do termo de consentimento devidamente assinado, podendo entrar em contato com os pesquisadores caso haja alguma dúvida.

Pesquisadores responsáveis: Fábiana Junqueira de Tolvo (Telefone: 3947-1302) e Rodrigo de Carvalho Santana (3602-2719)

Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP pelo telefone (016) 3602-2228.

Se você leu este termo de consentimento (ou este termo foi explicado a você), todas as suas perguntas foram respondidas e você concorda em participar deste estudo, assine o seu nome abaixo.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Se você leu este Termo de Consentimento (ou se ele foi explicado para você) e entendeu a informação e concorda em ser voluntário deste estudo, por favor, assine abaixo:

			/ /
Nome da participante (em letra de forma)		Assinatura da participante	Data

			/ /
Pesquisador ou Membro da equipe do estudo (em letra de forma)		Assinatura do pesquisador ou membro da equipe do estudo	Data

ANEXOS

Anexo A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ofício nº 3179/2017
CEP/MGV

Ribeirão Preto, 19 de outubro de 2017.

Processo HCRP nº 10866/2017

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado “**AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS E SOCIAIS DE NÃO-ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS**”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 460ª Reunião Ordinária, realizada em 16/10/2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informo que o Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana, Membro Titular deste CEP, não participou da análise e aprovação do projeto supracitado.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 466/2012 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente,

DRA MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

FÁBIA JUNQUEIRA DE TOLVO

PROF. DR. RODRIGO DE CARVALHO SANTANA (ORIENTADOR)

Depto. de Clínica Médica

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP
Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(16)3602-2228/cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

Anexo b

Análise de correspondência		
Variável	Coordenada do centróide	
	Dimensão 1	Dimensão 2
Escolaridade		
Até 8 anos (n=88)	-0,154	0,44
Acima de 8 anos (n=55)	0,246	-0,704
FONTE RENDA		
Não (n=41)	-0,746	0,473
Sim (n=102)	0,3	-0,19
Renda		
Até 2 SM (n=95)	-0,393	0,243
De 2 a 4 SM (n=42)	0,794	-0,456
Acima de 4 SM (n=6)	0,665	-0,66
SIT. MORADIA		
Aluguel/cedido (n=72)	0,013	0,323
Própria (n=66)	0,186	-0,307
Sit. de rua (n=5)	-2,648	-0,602
FREQ USO DE ALCOOL		
Não (n=72)	0,224	0,467
Semanal (n=52)	0,166	-0,666
Diária (n=19)	-1,304	0,054
DEIXOU RETIRAR MEDIC		
Não (n=111)	0,379	0,196
Sim (n=32)	-1,316	-0,68
ESQUECEU de tomar		
Não (n=84)	0,528	0,33
Sim (n=59)	-0,752	-0,47
ALGUMA FALTA 12 MESES		
Não (n=100)	0,347	0,098
Sim (n=43)	-0,806	-0,227
CD4		
Até 500 (n=56)	-0,195	0,734
Acima de 500 (n=87)	0,125	-0,472
QUANT carga viral		
Indetectável (n=106)	0,402	-0,077
Positiva (n=37)	-1,153	0,221