Maria Altenfelder Santos

**O papel dos serviços de saúde na adesão do paciente ao tratamento
antirretroviral do HIV/aids: associações entre medidas de adesão e
características organizacionais dos serviços do Sistema Único de Saúde
que assistem pessoas vivendo com HIV**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ines
Battistella Nemes
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Rossi
Menezes

São Paulo

2015

Maria Altenfelder Santos

**O papel dos serviços de saúde na adesão do paciente ao tratamento
antirretroviral do HIV/aids: associações entre medidas de adesão e
características organizacionais dos serviços do Sistema Único de Saúde
que assistem pessoas vivendo com HIV**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ines
Battistella Nemes
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Rossi
Menezes

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Maria Altenfelder

O papel dos serviços de saúde na adesão do paciente ao tratamento antirretroviral do HIV/AIDS : associações entre medidas de adesão e características organizacionais dos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV / Maria Altenfelder Santos. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Battistela Nemes.

Coorientador: Paulo Rossi Menezes.

Descritores: 1.Síndrome da imunodeficiência adquirida 2.Terapia antirretroviral de alta atividade 3.Adesão à medicação 4.Qualidade da assistência à saúde 5.Pesquisa sobre serviços de saúde 6.Sistema Único de Saúde 7.Estudos transversais

USP/FM/DBD-299/15

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro ao projeto de doutorado (Processo N° 2012/20578-4) e ao estágio de pesquisa no exterior, realizado na Yale School of Public Health (Processo N° 2013/06186-9).

Ao Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, pelo apoio financeiro ao “Projeto AVANT – Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/Aids em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil” (Projeto CSV 124/2009, Chamada de Pesquisas Operacionais 319/2009), realizado por meio de cooperação técnica com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Aos(às) colegas que compuseram a equipe de pesquisa do Projeto AVANT: Ernani T. Santa-Helena, Cáritas R. Basso, Felipe C. Vale, Wania M. E. S. Carvalho, Ana M. Alves, Gustavo M. Rocha, Francisco A. Acurcio, Maria G. B. Ceccato, Mark D. C. Guimarães.

Aos(às) serviços, profissionais, pacientes e entrevistadores(as) que participaram do estudo.

À toda a Equipe Qualiaids e, em especial, aos(às) colegas com quem trabalhei diariamente na sala de pesquisa da FMUSP: Felipe C. Vale, Ana M. Alves, Mariana A. Nasser, Cáritas R. Basso, Joselita M. M. Caraciolo, Luiz C. Rosati e Ana Cristina A. Nasser.

Ao Prof. Paulo R. Menezes, pela coorientação do trabalho e pela colaboração com a equipe de pesquisa.

Ao Prof. Paul D. Cleary e aos(às) colegas do Center for Interdisciplinary Research on AIDS (CIRA), pela recepção em Yale, pela supervisão do estágio, pelas oportunidades de aprendizado no CIRA e na Yale School of Public Health e pelas valiosas contribuições dadas à nossa equipe de pesquisa.

A Euclides A. Castilho, Mark D. C. Guimarães e Esper G. Kallás, pelas contribuições no exame de qualificação do doutorado.

A Rogério R. Prado, pela assessoria estatística.

A Ana Cristina A. Nasser, pela revisão final da tese.

Aos(às) professores(as), pesquisadores(as), funcionários(as) e colegas do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, pelo apoio ao projeto de doutorado e às demais pesquisas das quais participei.

À Prof.^a Vera Paiva, por oportunizar a colaboração com a Equipe Qualiaids e com o Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP); e aos(às) colegas do NEPAIDS-USP, pelas constantes reflexões sobre as diferentes esferas do campo do HIV/aids.

À Ana Luiza Fanganiello e à Mariana Oliva, pela inspiração e apoio iniciais ao meu ingresso na pós-graduação.

Ao meu companheiro Cesar, à minha mãe Ana Clara, à minha irmã Clara e aos(às) meus(minhas) amigos(as) e familiares, pelo apoio pessoal durante o doutorado, o estágio no exterior e a redação final da tese.

À Prof.^a Maria Ines Battistella Nemes, pelo acolhimento na Equipe Qualiaids, pela generosa e atenta orientação, pelas oportunidades de crescimento profissional, pelos inúmeros aprendizados, batalhas e conquistas do doutorado e pela intensa parceria, amizade e alegria com que compartilhamos o processo.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Abstract

Apresentação

1. Introdução.....	1
1.1. A adesão ao tratamento do HIV/aids	1
1.2. Promoção, monitoramento e apoio à adesão nos serviços de assistência ao HIV/aids	3
1.3. Relações entre a adesão dos pacientes e o cuidado em HIV/aids.....	6
1.4. A adesão à TARV no contexto da assistência ao HIV/aids no Brasil	8
1.5. Problema de pesquisa	12
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo geral.....	15
2.2. Objetivos específicos.....	15
3. Métodos.....	16
3.1. Desenho do estudo	16
3.2. Participantes	16
3.2.1. Seleção dos serviços	16
3.2.2. Seleção dos pacientes.....	18
3.3. Instrumentos e coleta de dados	20
3.3.1. Questionário WebAd-Q	20
3.3.2. Questionário Qualiaids.....	22
3.3.3. Questionário de Atividades de Adesão	25
3.3.4. Outras características dos serviços	25
3.4. Análise	26
3.4.1. Medidas de adesão.....	26
3.4.2. Características dos serviços.....	27
3.4.3. Associações entre medidas de não adesão e características dos serviços	29
3.4.4. Associações entre atividades de adesão e outras características dos serviços	29
3.5. Aspectos éticos.....	32
4. Resultados	33
4.1. Medidas nacionais de adesão à TARV	33

4.1.1. Fluxograma e distribuição dos participantes	33
4.1.2. Respostas obtidas.....	36
4.1.3. Medidas segundo escala de não adesão	38
4.1.4. Associações entre medidas de não adesão e características dos serviços	38
4.2. Atividades de adesão conduzidas nos serviços	43
4.2.1. Descrição das atividades realizadas	43
4.2.2. Avaliação do desempenho dos serviços.....	56
4.2.3. Correlações entre tipos de atividades realizadas	58
4.2.4. Associações entre atividades de adesão e outras características dos serviços	59
4.2.5. Associações entre medidas de não adesão e atividades de adesão	66
5. Discussão.....	72
6. Conclusões.....	88
Anexo A	92
Anexo B	107
Anexo C	109
Anexo D	111
Referências	113

Lista de tabelas

Tabela 1 - Probabilidade amostral para o Grupo de Qualidade 1	19
Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo região e grupo de qualidade e comparação com a distribuição nacional	36
Tabela 3 - Respostas ao Questionário WebAd-Q para cada questão separadamente	36
Tabela 4 - Medidas obtidas para as quatro categorias da escala de não adesão, segundo respostas ao Questionário WebAd-Q	38
Tabela 5 - Distribuição de participantes do estudo segundo qualidade e demais características dos serviços	39
Tabela 6 - Distribuição de participantes do estudo segundo região, porte do serviço e porte do município	39
Tabela 7 - Distribuição de participantes do estudo segundo porte do serviço e porte do município	40
Tabela 8 - Associações entre não adesão ao horário e características dos serviços	41
Tabela 9 - Associações entre não adesão aos medicamentos e características dos serviços	42
Tabela 10 - Associações entre não adesão à dose e características dos serviços	43
Tabela 11 - Composição da equipe de saúde nos serviços	44
Tabela 12 - Estratégias de monitoramento da adesão conduzidas nos serviços	45
Tabela 13 - Implantação do SICLOM nos serviços	45
Tabela 14 - Estratégias de investigação da adesão conduzidas nos serviços	46
Tabela 15 - Detalhamento das estratégias de investigação da adesão conduzidas nos serviços ..	47
Tabela 16 - Estratégias de investigação da adesão utilizadas por diferentes profissionais	48
Tabela 17 - Profissionais que realizam investigação da adesão nas consultas	49
Tabela 18 - Critérios para investigar a adesão adotados por diferentes profissionais	50
Tabela 19 - Profissionais que conduzem atividades individuais de apoio à adesão	51
Tabela 20 - Momento em que as atividades individuais de apoio à adesão são realizadas	52
Tabela 21 - Atividades coletivas de apoio à adesão conduzidas nos serviços	53
Tabela 22 - Atividades de apoio à adesão voltadas para populações específicas	53
Tabela 23 - Materiais utilizados nas atividades de apoio à adesão	54
Tabela 24 - Elaboração das atividades de adesão conduzidas nos serviços	54
Tabela 25 - Capacitação e referências sobre adesão disponíveis para os profissionais	55
Tabela 26 - Fonte das referências em adesão disponibilizadas nos serviços	55
Tabela 27 - Formas de parceria com ONGs para promover a adesão	56
Tabela 28 - Comparação do desempenho entre grupos de serviços resultantes da análise de agrupamentos, segundo atividades de adesão	58
Tabela 29 - Correlações entre domínios avaliativos, segundo atividades de adesão realizadas ..	59
Tabela 30 - Associações entre desempenho, segundo atividades de adesão realizadas, e outras características dos serviços	60
Tabela 31 - Comparação das médias de pontuação obtidas no Questionário Qualiaids entre grupos de serviços de melhor e pior desempenho	61
Tabela 32 - Associações entre atividades de adesão e qualidade	62
Tabela 33 - Associações entre atividades de adesão e qualidade, sem os serviços não respondentes	63
Tabela 34 - Associações entre atividades de adesão e região	64
Tabela 35 - Associações entre atividades de adesão e porte do serviço	65

Tabela 36 - Associações entre atividades de adesão e porte do município	66
Tabela 37 - Associações entre não adesão ao horário e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão.....	67
Tabela 38 - Associações entre não adesão aos medicamentos e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão	67
Tabela 39 - Associações entre não adesão à dose e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão.....	67
Tabela 40 - Distribuição de participantes do estudo segundo desempenho (atividades de adesão) e porte do município	68
Tabela 41 - Associações entre não adesão ao horário e atividades de adesão	70
Tabela 42 - Associações entre não adesão aos medicamentos e atividades de adesão	71
Tabela 43 - Associações entre não adesão à dose e atividades de adesão	71

Lista de figuras

Figura 1 - Cascata de cuidado contínuo em HIV/aids - Brasil - 2013.....	9
Figura 2 - Telas do Questionário WebAd-Q com apresentação das questões 1, 2 e 3	21
Figura 3 - Fluxograma de serviços incluídos no estudo.....	34
Figura 4 - Fluxograma de respostas ao Questionário WebAd-Q incluídas no estudo.....	35
Figura 5 - Respostas ao Questionário WebAd-Q para as três questões conjuntamente	37

Resumo

Santos MA. *O papel dos serviços de saúde na adesão do paciente ao tratamento antirretroviral do HIV/aids: associações entre medidas de adesão e características organizacionais dos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é essencial para o sucesso do tratamento do HIV/aids. Apesar das recomendações fornecidas para a promoção da adesão nos serviços de assistência ambulatorial ao HIV/aids do Sistema Único de Saúde (SUS), não há medidas padronizadas para o monitoramento da adesão nos serviços e há pouca informação disponível sobre as atividades de adesão efetivamente realizadas. Este estudo teve como objetivos: descrever medidas nacionais de adesão à TARV e atividades de adesão conduzidas nos serviços de HIV/aids do SUS; investigar relações entre adesão e características dos serviços. **Métodos:** Entre 2009 e 2011, conduziu-se um estudo transversal da adesão à TARV em amostra nacional de pacientes em tratamento em serviços do SUS. Foram sorteados para participar do estudo: 1) serviços de diferentes níveis de qualidade (segundo avaliação nacional prévia da organização da assistência ao HIV/aids), localizados nas diferentes regiões do país; 2) pacientes sob TARV em acompanhamento nos serviços selecionados, maiores de 18 anos, não gestantes. Para medir a adesão à TARV, utilizou-se o Questionário WebAd-Q, instrumento de autorrelato em linguagem “Web”, previamente validado, que aborda três dimensões da adesão: medicamentos, dose (número de comprimidos) e horários de tomada. As respostas foram ponderadas de acordo com a probabilidade de seleção amostral dos pacientes. Características dos serviços foram obtidas com base em dois instrumentos autorrespondidos pelos gerentes e equipes de saúde: 1) o Questionário Qualiaids, voltado para a avaliação geral da qualidade organizacional da assistência ao HIV/aids; 2) o Questionário de Atividades de Adesão, que enfoca aspectos especificamente voltados para a promoção da adesão. Outras características dos serviços analisadas foram: região geográfica, porte do serviço (número de pacientes em TARV) e porte do município (número de habitantes). O desempenho dos serviços em relação às atividades de adesão realizadas foi avaliado segundo cinco domínios: monitoramento; investigação da adesão; cuidado multidisciplinar; atividades de grupo e para populações específicas; capacitação e atualização dos profissionais. Associações entre medidas de adesão e características dos serviços foram testadas em modelos de regressão logística (IC 95%, $p < 0,05$). Associações entre atividades de adesão e demais características dos serviços também foram investigadas. **Resultados:** De um total de 2.424 participantes, acompanhados em 55 serviços, 61,1% (IC 95% 58,5-63,7) reportaram não adesão a uma ou mais das dimensões analisadas. A dimensão com maior proporção de não adesão foi o horário (50,9%). Os serviços apresentaram desempenho geral mediano em relação às atividades de adesão. Serviços de boa qualidade organizacional e de pequeno porte associaram-se ao melhor desempenho e/ou à realização de atividades específicas. Ao contrário do esperado, houve predomínio de associações inversas da adesão com a qualidade, a complexidade assistencial (segundo o porte) e a realização de atividades de adesão. **Discussão:** O estudo indicou a necessidade de ações para aprimorar o trabalho em adesão realizado nos serviços, incluindo: promoção da adesão ao horário; priorização de pessoas com dificuldades de adesão e de populações que requerem

intervenções específicas; padronização do monitoramento; maior investimento no gerenciamento técnico, no enfoque multidisciplinar, em atividades específicas de apoio à adesão, e em parcerias com a sociedade civil organizada. A exploração de novos modelos de análise em futuros estudos deverá contribuir para a melhor compreensão das relações entre adesão e características dos serviços.

Descritores: Síndrome de imunodeficiência adquirida; Terapia antirretroviral de alta atividade; Adesão à medicação; Qualidade da assistência à saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; Estudos transversais.

Abstract

Santos MA. *The role of health care facilities in patient adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: associations between adherence measures and organizational characteristics of public health care sites that assist people living with HIV in Brazil* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

Background: Adherence to antiretroviral therapy (ART) is crucial for HIV/AIDS treatment success. In spite of recommendations provided for adherence promotion in HIV outpatient care facilities of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), there are no standard measures for adherence monitoring in the facilities and there is little information available about adherence strategies actually implemented. This study aimed at: describing national ART adherence measures and adherence strategies conducted in public HIV care facilities; investigating relationships between adherence and care site characteristics. **Methods:** Between 2009 and 2011, a cross-sectional study of ART adherence was conducted with a national sample of patients treated in public health care facilities. Randomly selected study participants were: 1) care sites of different quality levels (according to a previous national evaluation of HIV care organization), located in different country regions; 2) patients receiving ART at selected sites, 18 years or older, non-pregnant. Adherence measurement was based on the WebAd-Q Questionnaire, a pre-validated web-based self-report tool that approaches three adherence dimensions: drugs, dose (number of pills) and time schedule. Answers were weighted according to patients’ probability of selection. Site characteristics were obtained based on two self-report tools answered by managers and health care teams: 1) the Qualiaids Questionnaire, which evaluates HIV care overall organizational quality; 2) the Adherence Strategies Questionnaire, which focuses on aspects specifically related to adherence promotion. Other site characteristics analyzed were: geographic region, site size (number of patients receiving ART) and municipality size (number of inhabitants). Care site performance in relation to adherence strategies was evaluated based on five domains: monitoring; adherence investigation; multidisciplinary care; group activities and strategies for special populations; professionals’ training and update. Associations between adherence measures and site characteristics were tested in logistic regression models (CI 95%, $p < 0.05$). Associations between adherence strategies and other site characteristics were also investigated. **Results:** From a total of 2,424 participants, who were receiving care at 55 facilities, 61.1% (CI 95% 58.5-63.7) reported non-adherence to one or more of the dimensions analyzed. The dimension with the largest non-adherence proportion was timing (50.9%). Overall, the facilities presented a medium performance on adherence strategies. Good organizational quality and small size were associated with better site performance and/or with conduction of specific strategies. Contrary to expectations, inverse associations of adherence with quality, care complexity (according to size) and implementation of adherence strategies were predominant. **Discussion:** This study indicated actions required to improve adherence work developed in the facilities, including: timing adherence promotion; prioritization of people facing adherence difficulties and populations requiring specific interventions; monitoring standardization; more efforts focusing on technical management, multidisciplinary approach, specific strategies to support adherence, and partnerships with organized civil society. The

development of new analysis models in future studies should contribute to improve understanding of the relationships between adherence and care site characteristics.

Descriptors: Acquired immunodeficiency syndrome; Antiretroviral therapy, highly active; Medication adherence; Quality of health care; Health services research; Unified Health System; Cross-sectional studies.

Apresentação

Este trabalho é produto do acúmulo de estudos desenvolvidos pela Equipe Qualiaids, grupo de pesquisas sediado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, coordenado pela orientadora deste trabalho, Prof.^a Maria Ines Battistella Nemes, e que tem como membros docentes de diferentes universidades do país, alunos de pós-graduação e de graduação.

Desde sua fundação, em 1998, a Equipe Qualiaids vem pesquisando os temas da adesão ao tratamento e da qualidade da assistência ao HIV/aids em serviços do Sistema Único de Saúde. Ao longo de quase duas décadas, os projetos da equipe enfocaram o desenvolvimento de instrumentos avaliativos para uso rotineiro nos serviços de saúde, a partir de um trabalho em parceria com programas de diferentes esferas governamentais.

Minha inserção na Equipe Qualiaids se deu em 2008, quando realizava meu projeto de mestrado em Psicologia Social na Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof.^a Vera Paiva. Desde a graduação em Psicologia, realizada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, desenvolvi um interesse pela avaliação de práticas em saúde. Por conta disso, no mestrado, a Prof.^a Vera sugeriu que eu integrasse um projeto voltado para a avaliação de uma intervenção individual para melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral do HIV/aids, coordenado pela Prof.^a Maria Ines.

A proposta de intervenção em adesão foi concebida com base na abordagem da Psicologia Social construcionista, no referencial do Cuidado em saúde e no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, tal como discutidos pela Prof.^a Vera Paiva, pelo Prof. José Ricardo Ayres e pelos demais pesquisadores do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP). A intervenção foi testada em ensaio clínico conduzido no Centro de Referência e Treinamento em

DST/Aids do Estado de São Paulo. Minha dissertação de mestrado enfocou a análise da intervenção sob o ponto de vista das profissionais de saúde que a conduziram durante o estudo. A dissertação foi coorientada pela Prof.^a Maria Ines.

A partir do mestrado, interessei-me em participar de outras atividades desenvolvidas pela Equipe Qualiaids, voltadas mais especificamente para o tema da avaliação de serviços de saúde. Em 2010, passei a colaborar no projeto de pesquisa que deu origem ao meu estudo de doutorado, o projeto “Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/Aids em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil”, também chamado de “Projeto AVANT”. O projeto foi coordenado pela Prof.^a Maria Ines e desenvolvido em parceria com o Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, e o Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos, da Universidade Regional de Blumenau.

O Projeto AVANT foi concebido a partir de um edital de pesquisa do Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, cujo objetivo era obter medidas nacionais de adesão ao tratamento antirretroviral do HIV/aids no Brasil. A Equipe Qualiaids havia sido responsável pelo único estudo nacional de adesão anterior, realizado em 2001; bem como por pesquisas pioneiras em adesão conduzidas previamente no estado de São Paulo.

Na ocasião, a Equipe Qualiaids estava finalizando um projeto de pesquisa, também financiado pelo Departamento Nacional, voltado para o desenvolvimento e a validação de um instrumento para o monitoramento rotineiro da adesão nos serviços públicos de assistência ambulatorial ao HIV/aids: o Questionário Qualiaids de Monitoramento da Adesão ao Tratamento, também chamado de “Questionário WebAd-

Q”. O Projeto AVANT foi, portanto, uma oportunidade para testar o uso desse instrumento nacionalmente, em serviços com diferentes características organizacionais.

A partir da minha participação no Projeto AVANT, pude vivenciar diferentes etapas de um projeto de pesquisa em serviços de saúde, incluindo a concepção do desenho do estudo, o contato com os serviços e os procedimentos éticos para convite dos participantes, o treinamento de profissionais dos serviços para a aplicação do instrumento, o acompanhamento da coleta de dados, a organização de bancos de dados, as análises estatísticas e a interpretação dos resultados.

Meu projeto de doutorado enfocou a descrição e a análise de parte dos resultados obtidos no Projeto AVANT, incluindo as medidas nacionais de adesão, as características dos serviços de saúde participantes e a exploração de relações entre a adesão dos pacientes e as características dos serviços. No decorrer do Projeto AVANT, foram realizadas diversas reuniões com os pesquisadores envolvidos, nas quais as definições de adesão e os modelos de análise adotados no estudo foram amplamente discutidos, o que contribuiu imensamente para o desenvolvimento do meu projeto. Em função do meu objeto de doutorado, tive também a oportunidade de me debruçar sobre os estudos anteriores conduzidos pela Equipe Qualiaids, os quais levaram às hipóteses de pesquisa discutidas na tese.

Tive, ainda, a oportunidade de compartilhar nossas hipóteses e achados com pesquisadores do Centro de Pesquisas Interdisciplinares em Aids (Center for Interdisciplinary Research on AIDS – CIRA), da Yale School of Public Health, nos Estados Unidos, onde realizei estágio de pesquisa, com duração de 12 meses, sob a supervisão do Professor Paul D. Cleary. Durante o estágio, aprimorei minhas habilidades em escrita científica e em análise estatística, revisei os métodos de análise utilizados na tese e replanejei a publicação dos resultados em formato de artigos

científicos. Na etapa final do estágio, contei com a visita da Prof.^a Maria Ines à Universidade de Yale, durante a qual fizemos uma apresentação mais ampla do trabalho desenvolvido pela Equipe Qualiaids e levantamos a possibilidade de colaborações futuras com os pesquisadores do CIRA.

Esta tese é, portanto, fruto de um intenso trabalho coletivo, realizado em diferentes etapas. Nas sessões da tese, descritas brevemente a seguir, procuramos condensar os inúmeros aprendizados resultantes desse processo.

Na sessão de introdução, apresentamos uma breve revisão sobre a importância da adesão à terapia antirretroviral e o papel dos serviços de saúde no desenvolvimento de estratégias para promover, monitorar e apoiar a adesão dos pacientes, destacando algumas especificidades do contexto brasileiro. Após explicitar o problema de pesquisa, descrevemos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

Na sessão de métodos, descrevemos o desenho geral do Projeto AVANT, o processo de seleção amostral dos serviços e pacientes participantes, os instrumentos utilizados para obter medidas de adesão e características dos serviços, as metodologias de análise utilizadas e os aspectos éticos.

Na sessão de resultados, descrevemos o fluxograma e a distribuição dos participantes, as frequências de resposta aos instrumentos aplicados, as medidas de adesão e as características dos serviços obtidas. Em seguida, analisamos as atividades realizadas nos serviços voltadas para a promoção da adesão, exploramos associações entre a adesão e as características dos serviços, e entre as atividades de promoção da adesão e as demais características dos serviços.

Na sessão de discussão, interpretamos os dados obtidos à luz de estudos conduzidos anteriormente sobre a mesma temática, enfocando particularmente estudos realizados no Brasil e pesquisas prévias desenvolvidas pela Equipe Qualiaids.

Destacamos também algumas limitações do estudo. Nas conclusões, resumimos os principais achados do trabalho e apontamos caminhos para a continuidade das investigações em futuras pesquisas.

Esperamos, por meio deste trabalho, contribuir com as discussões propostas a partir da linha de pesquisas desenvolvida pela Equipe Qualiaids, bem como com as ações programáticas voltadas para o aprimoramento das estratégias de promoção da adesão nos serviços de assistência ao HIV/aids no Brasil.

1. Introdução

1.1. A adesão ao tratamento do HIV/aids

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, a adesão ao tratamento pode ser definida como “a extensão na qual o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta, modificar estilos de vida – corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde” (p. 3, tradução da autora). O presente estudo enfoca dimensões da adesão relacionadas à tomada dos medicamentos.

Mais do que apenas seguir a prescrição médica, a adesão deve ser entendida como um processo de negociação e de decisões compartilhadas entre pacientes* e profissionais de saúde, com o intuito de adaptar a prescrição ao cotidiano das pessoas em tratamento, considerando os contextos psicossociais envolvidos na tomada dos medicamentos²⁻⁴. No caso do tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids[†]), destacam-se particularmente os contextos de estigma e discriminação às pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA), que podem dificultar a convivência com o tratamento.

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é essencial para o sucesso do tratamento do HIV/aids. Com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART), em 1996, observou-se uma drástica redução nos índices de morbidade e mortalidade por aids e o aumento da sobrevivência das PVHA⁵⁻⁷, permitindo a caracterização do HIV/aids como doença crônica⁸. A TARV

* Neste trabalho, adotou-se predominantemente o termo “paciente”, em detrimento do termo “usuário”, uma vez que o primeiro é mais frequentemente utilizado no campo da adesão, tanto na literatura quanto nos serviços de saúde.

† A palavra “aids” foi utilizada como substantivo e grafada em letras minúsculas, seguindo a proposição do Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. As grafias com a primeira letra em maiúsculo (Aids) ou com todas as letras em maiúsculo (AIDS) foram utilizadas apenas para nomes próprios e siglas, respectivamente.

mostrou também importante impacto na redução da transmissão do vírus do HIV, tornando-se um insumo não apenas do tratamento, mas também da prevenção do HIV/aids⁹.

A adesão à TARV está associada à obtenção de melhores resultados virológicos, imunológicos e clínicos do tratamento e à melhor qualidade de vida das PVHA¹⁰⁻¹⁵. Uma adesão subótima pode resultar em falha virológica e no desenvolvimento de resistência à terapia^{16,17}, levando à necessidade de modificação do esquema terapêutico e limitando opções futuras de tratamento.

Níveis de adesão à TARV são frequentemente calculados por meio do percentual de comprimidos tomados, dentre o total de comprimidos prescritos, em um determinado período de tempo. O estudo de Paterson et al.¹⁸, em 2000, mostrou que níveis de adesão iguais ou superiores a 95% das doses prescritas maximizam a chance de obtenção de melhores resultados do tratamento.

Posteriormente, com o progressivo desenvolvimento dos antirretrovirais, observou-se que as relações entre adesão, supressão viral e resistência à terapia podem variar dependendo do tipo de regime terapêutico¹⁹⁻²¹. Em regimes mais potentes, níveis moderados de adesão podem levar à supressão viral. Porém, mesmo para esses regimes, níveis mais altos de adesão estão associados à obtenção de melhores resultados virológicos²²⁻²⁴. Desse modo, níveis “quase perfeitos” de adesão permanecem como meta do tratamento.

Além da tomada das doses de acordo com o número de comprimidos prescritos para cada medicamento do esquema terapêutico, outras dimensões da adesão podem impactar nos resultados do tratamento. Atrasos de mais de uma hora em relação aos horários acordados para a tomada dos medicamentos podem levar a piores resultados virológicos^{25,26}. A adesão pode também variar para cada um dos medicamentos do

esquema, o que pode levar à falha virológica, à resistência à terapia e a piores resultados clínicos do tratamento^{27,28}.

É importante lembrar que a TARV consiste em um regime de tratamento complexo, de duração para toda a vida e que envolve efeitos colaterais. Consequentemente, a adesão dos pacientes ao tratamento não é estável, e sim, dinâmica, modificando-se e tendendo a diminuir ao longo do tempo^{29,30}.

1.2. Promoção, monitoramento e apoio à adesão nos serviços de assistência ao HIV/aids

No plano do cuidado individual, o acompanhamento constante da adesão é fundamental para orientar o manejo do tratamento de acordo com as necessidades de cada paciente, bem como para apoiar a manutenção de altos níveis de adesão a longo prazo³¹. No plano gerencial da assistência, deve-se investir na obtenção de medidas coletivas, referentes à adesão de grupos de pacientes ou do conjunto de pacientes em acompanhamento nos serviços.

Segundo estudos da Rede Internacional para o Uso Racional de Medicamentos (International Network for Rational Use of Drugs - INRUD)³²⁻³⁵, o uso de medidas coletivas padronizadas para monitorar a adesão é fundamental, na medida em que permite: identificar populações e grupos com maior chance de não adesão; planejar estratégias de promoção e apoio à adesão; avaliar a efetividade dessas estratégias; e avaliar a performance dos serviços em relação à promoção da adesão.

A necessidade de monitoramento contínuo da adesão à TARV é preconizada em guidelines internacionais³⁶⁻³⁹, que orientam a organização da assistência ao HIV/aids. Entretanto, não há um “padrão ouro” estabelecido em relação à forma de medir a adesão à TARV. Há diversos métodos de medida validados, tanto para uso em contextos

clínicos quanto de pesquisa, incluindo monitoramento eletrônico, contagem de pílulas, autorrelato e registros de farmácia. Recomenda-se que os métodos utilizados sejam escolhidos de acordo com cada contexto e com os objetivos almejados, considerando as vantagens e desvantagens de cada método⁴⁰.

O autorrelato é considerado o método mais factível para o uso rotineiro em serviços de saúde, em função de vantagens como baixo custo e fácil operacionalização^{41,42}. Embora o autorrelato tenda a superestimar a adesão em função de vieses de memória e relacionados ao desejo de aprovação social, ele possui alto valor preditivo da não adesão, o que reitera sua utilidade para o contexto clínico.

Assim como não há um método único para medir a adesão à TARV, há uma variedade de propostas de intervenção para promover e apoiar a adesão. A diversidade de modelos de intervenção, bem como dos métodos utilizados para avaliar sua efetividade, dificulta a definição de quais as estratégias mais adequadas para incorporação na prática clínica. Além disso, as intervenções propostas geralmente adotam diferentes ferramentas e estratégias, dificultando a identificação de quais componentes específicos contribuem para o sucesso da intervenção^{43,44}.

Mesmo os modelos de intervenção avaliados como efetivos não apresentam necessariamente os mesmos resultados, quando aplicados em diferentes settings⁴⁵. Uma vez que não há intervenções que se mostrem efetivas para todos os contextos e populações, recomenda-se o uso combinado de diferentes estratégias, adaptando-as de acordo com as necessidades dos pacientes.

Segundo os guidelines da Associação Internacional de Prestadores de Cuidado em Aids (International Association of Providers of Aids Care - IAPAC)³⁶, o uso de ferramentas para facilitar a adesão (dispositivos que auxiliam o paciente a organizar, planejar e lembrar da tomada dos medicamentos) deve ser combinado com a oferta de

orientação e aconselhamento individual e em grupo, a serem conduzidos preferencialmente por equipes multidisciplinares e envolvendo o apoio de pares e familiares, sempre que possível.

Embora o apoio à adesão de todas as pessoas em tratamento seja importante, os guidelines internacionais recomendam especial atenção aos pacientes que estão iniciando a TARV, mudando de regime terapêutico, reiniciando a TARV após abandono do tratamento e, ainda, àqueles que reportam dificuldades de adesão. Os guidelines destacam, também, populações que requerem intervenções específicas, tais como gestantes, usuários de álcool e de drogas ilícitas, populações de rua, pessoas com problemas de saúde mental e populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV (homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis).

Nota-se que as recomendações sobre intervenções em adesão propostas em guidelines são baseadas em revisões sistemáticas de estudos que avaliaram a efetividade dessas intervenções. Estes estudos consistem, em sua maioria, em ensaios clínicos controlados conduzidos em settings clínicos, que comparam as intervenções ao cuidado usualmente ofertado. Porém, o cuidado usual varia nos diferentes estudos e nem sempre é bem descrito, o que dificulta a comparação entre diferentes propostas de intervenção. Além disso, é comum que participantes do grupo controle (recebendo o cuidado usual) também mostrem melhora nos resultados de adesão, limitando os efeitos observados para o grupo de intervenção⁴⁶.

Uma vez que as atividades para promover a adesão em curso nos serviços podem ser tão ou mais efetivas do que as intervenções controladas, a avaliação sistemática dessas atividades pode ser um caminho interessante para a definição de boas práticas em adesão. Segundo Amico e Orrell⁴³ e Simoni et al.⁴⁴, o estudo de práticas já adotadas em settings clínicos, e não apenas de pesquisa, pode trazer dados sobre a factibilidade de

incorporação dessas práticas na rotina dos serviços de saúde, em geral ausentes nos ensaios clínicos.

Estudos descrevendo atividades de adesão utilizadas rotineiramente nos serviços são escassos na literatura, havendo poucos exemplos de investigações conduzidas nos EUA e Europa^{47,48}. A maioria dos estudos desse tipo descrevem estratégias implementadas em países africanos, desenvolvidas predominantemente com o objetivo de suprir a alta demanda por atendimento e a falta de recursos humanos nos serviços de saúde. Essas estratégias incluem: programas comunitários voltados para a promoção da adesão; treinamento de pessoas “leigas” da comunidade ou de pacientes (pares) para auxiliar em atividades de apoio à adesão e em outras atividades assistenciais; clubes de adesão à TARV (“ART adherence clubs”), voltados para o trabalho em grupo com pacientes que apresentam resultados estáveis do tratamento⁴⁹⁻⁵⁵.

1.3. Relações entre a adesão dos pacientes e o cuidado em HIV/aids

Múltiplos aspectos contribuem para a maior ou menor adesão dos pacientes à TARV⁵⁶⁻⁶⁰. Contextos psicossociais envolvendo depressão e outras questões de saúde mental, uso de álcool e outras drogas, condições precárias de alimentação e moradia, baixa renda, baixa escolaridade, falta de apoio social e contextos de estigma e discriminação às PVHA têm sido recorrentemente associados à pior adesão e, por isso, requerem intervenções específicas no plano da assistência.

Características do tratamento, como complexidade dos esquemas terapêuticos, número de comprimidos, restrições de dieta e efeitos adversos também estão relacionados à não adesão. O recente desenvolvimento de esquemas mais simples de tratamento (dose única diária e dose fixa, incluindo apenas um comprimido) e com maior tolerabilidade tem contribuído para facilitar a adesão dos pacientes. O uso desses

esquemas no início ou na troca da terapia é recomendado, a depender da comprovação da eficácia e da segurança dos medicamentos, bem como do histórico de cada paciente⁶¹⁻⁶⁵.

Características da assistência também estão relacionadas à adesão à TARV. A satisfação dos pacientes com a qualidade do cuidado recebido e a boa relação e comunicação entre paciente e profissional associam-se a melhores níveis de adesão⁶⁶⁻⁷⁰. O cuidado multidisciplinar e integral, com articulação de diferentes tipos de suporte de acordo com as necessidades dos pacientes, também promovem melhor adesão⁷¹⁻⁷⁴. Dificuldades de acesso ao cuidado, tais como longas distâncias e altos custos de deslocamento, podem prejudicar a adesão dos pacientes⁷⁵.

O comparecimento regular dos pacientes às consultas agendadas para o acompanhamento médico de rotina ou para a retirada dos medicamentos está relacionado à adesão à TARV^{76,77} e a melhores resultados do tratamento⁷⁸⁻⁸¹, podendo ser utilizado como medida de monitoramento da adesão^{33,34}. Estudo realizado em hospitais de Cambódia, no continente asiático, apontou maior índice de comparecimento às consultas de rotina para pacientes que apresentavam maior frequência de participação em atividades de promoção da adesão, incluindo aconselhamento individual e grupos de apoio à adesão⁸².

Estudos realizados em países africanos e do Caribe mostraram melhores resultados de retenção de pacientes em início de terapia em serviços que realizavam maior número de atividades de apoio à adesão, incluindo atividades de cuidado domiciliar, na comunidade, e busca ativa de pacientes faltosos^{83,84}.

1.4. A adesão à TARV no contexto da assistência ao HIV/aids no Brasil

Desde o início da epidemia, a resposta brasileira ao HIV/aids estruturou-se a partir do entendimento da saúde como um direito, noção presente na Constituição Brasileira de 1988 e que norteou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A ampla participação da sociedade civil organizada foi fundamental para situar a promoção e a defesa dos direitos das PVHA na base da resposta à epidemia⁸⁵.

Desde 1996, o Brasil implantou o acesso universal e gratuito à TARV, estratégia que se mostrou fundamental para o controle da epidemia no país^{86,87}. O Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (D-DST-AIDS-HV/SVS/MS) é responsável pela provisão nacional dos medicamentos antirretrovirais e dos exames laboratoriais específicos para o acompanhamento ambulatorial do HIV/aids: genotipagem, contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e carga viral. O D-DST-AIDS-HV/SVS/MS fornece também diretrizes e normas gerais para a organização da assistência ao HIV/aids nos serviços do SUS. Demais recursos e aspectos organizacionais variam de acordo com o contexto de cada serviço e dependem das características regionais e locais do SUS⁸⁸.

Em 2010, 712 serviços do SUS assistiam PVHA em nível ambulatorial. Trata-se de um conjunto bastante heterogêneo de serviços, incluindo serviços exclusivos para o atendimento de DST/aids e serviços inseridos em outras estruturas assistenciais (unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais). O porte dos serviços (número de pacientes em acompanhamento) também varia: em 2010, 23,1% dos serviços atendiam até 50 pacientes com HIV; 11,7% atendiam de 51 a 100 pacientes; 37,1%, de 101 a 500 pacientes e 26,3%, mais de 500 pacientes⁸⁹.

Segundo estimativa de 2013⁹⁰, aproximadamente 734 mil pessoas vivem com HIV e aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,4% para a população geral. A chamada “cascata de cuidado contínuo”^{91,92} brasileira mostra, dentre as PVHA estimadas, a proporção de pessoas diagnosticadas; vinculadas a um serviço de assistência ao HIV/aids; retidas em seguimento no serviço; recebendo terapia; e as com carga viral indetectável (Figura 1).

Figura 1 - Cascata de cuidado contínuo em HIV/aids - Brasil - 2013

Figura 1 - Proporção de pacientes nas diferentes etapas da “cascata” de cuidado contínuo em HIV/aids no Brasil

Fonte: D-DST-AIDS-HV/SVS/MS. Figura adaptada do Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2014⁹⁰, p.55.

Nota: Casos identificados pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL); e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Destaca-se que, dentre as 355 mil pessoas em TARV no país em 2013, 293 mil (82,5%) apresentaram supressão viral (<1.000 cópias/mL) e 255 mil (71,8%)

apresentaram carga viral indetectável (<50 cópias/mL). Considerando-se as PVHA em TARV há pelo menos seis meses, 88% atingiram supressão viral e 78% apresentaram carga viral indetectável⁹⁰. A promoção da adesão consiste na principal estratégia para a manutenção e melhoria desses indicadores.

Em dezembro de 2013, o Brasil aderiu à estratégia de tratamento como prevenção (“Treatment as Prevention” - TasP)⁹³ para o controle da transmissão do HIV, passando a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos CD4+⁹⁴. Como resultado dessa política, em outubro de 2014, foram registradas 398 mil pessoas sob TARV no país, representando um aumento em torno de 12% em relação a 2013⁹⁰.

O Brasil aderiu também à chamada “meta 90-90-90” proposta pelas Nações Unidas⁹⁵, que convoca os países a alcançarem até 2020 as seguintes metas: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das pessoas diagnosticadas em TARV; 90% das pessoas em TARV com carga viral indetectável. Além do início precoce da TARV, esforços para a expansão da testagem e para a redução do diagnóstico tardio⁹⁶ também devem gerar um aumento do número de pessoas em tratamento nos próximos anos, reiterando a importância da promoção da adesão.

Estudos internacionais recentes e em andamento vêm mostrando resultados promissores em relação ao uso da profilaxia pré-exposição (pre-exposure prophylaxis - PrEP) para a redução do risco de aquisição do HIV em populações vulneráveis à infecção, como casais sorodiscordantes, homens que fazem sexo com homens, e usuários de drogas injetáveis⁹⁷. A adesão à profilaxia tem se mostrado um importante desafio nesses estudos, cumprindo papel fundamental para a comprovação da efetividade da PrEP⁹⁸. A possível disseminação do uso dessa tecnologia em um futuro

próximo poderá implicar em um novo contingente de pessoas em uso de antirretrovirais e, conseqüentemente, em novos desafios relacionados à adesão.

Desde a introdução da TARV, a adesão ao tratamento foi tema prioritário da assistência ao HIV/aids no Brasil. Em 2007 e 2008, o D-DST-AIDS-HV/SVS/MS propôs diretrizes^{2,3} especificamente voltadas para a promoção da adesão, pautadas por princípios do SUS: universalidade do acesso, integralidade do cuidado, promoção da equidade, autonomia e participação dos usuários, trabalho em redes articuladas entre os diferentes níveis de atenção à saúde, intersetorialidade.

O D-DST-AIDS-HV/SVS/MS preconiza o acolhimento do paciente e o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde desde o momento do diagnóstico, buscando-se construir uma relação de empatia, dialógica, horizontal e pautada pela boa comunicação entre paciente e profissional. Antes da introdução da TARV, recomenda-se a oferta de aconselhamento sobre a terapia, a avaliação médica e psicossocial para o levantamento de possíveis dificuldades de adesão e a elaboração de um plano terapêutico individual, de abordagem multidisciplinar. De acordo com a avaliação feita, pode ser ofertado atendimento psicossocial individual ou em grupo. Destaca-se que o atendimento pelos diferentes profissionais deve incluir a escuta e o estímulo a relatos sobre a tomada dos medicamentos, atentando-se ao manejo de efeitos adversos, coinfeções e outros aspectos que podem dificultar a adesão. Recomenda-se também a educação por pares, a busca de apoio da rede social dos pacientes, a parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs) e ações intersetoriais para a promoção da adesão.

Assim como os guidelines internacionais, os manuais brasileiros propõem o uso de diferentes ferramentas para facilitar e acompanhar a adesão dos pacientes, recomendando especial atenção a populações que requerem intervenções específicas e a

pessoas em etapas críticas do tratamento. Nos momentos de introdução e troca de esquema terapêutico, sugere-se um acompanhamento mais frequente dos pacientes, com intervalos de até 15 dias entre as consultas médicas. Recomenda-se, ainda, o monitoramento do comparecimento às consultas e da retirada dos medicamentos, a definição de critérios de abandono do tratamento e a busca consentida de pacientes.

1.5. Problema de pesquisa

Apesar das recomendações disponibilizadas pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, não há medidas padronizadas para o monitoramento da adesão nos serviços do SUS e há pouca informação disponível sobre as práticas efetivamente realizadas para a promoção da adesão. Estudos desenvolvidos pela Equipe Qualiaids têm abordado essa problemática, enfocando dimensões da organização da assistência relacionadas à adesão dos pacientes.

No Brasil, estudo sobre adesão desenvolvido em 1998, em 27 ambulatórios de DST/aids do estado de São Paulo, foi pioneiro em analisar aspectos organizacionais dos serviços, propondo uma avaliação estruturada de características de estrutura e processo da assistência. O estudo mostrou associações da adesão com: 1) boa qualidade organizacional; 2) maior complexidade do serviço, segundo porte (número de pacientes em TARV) e exclusividade no atendimento às DST/aids⁹⁹. Entre os aspectos organizacionais analisados estavam atividades relacionadas à promoção, monitoramento e apoio à adesão, tais como: formas especiais de agendamento de consultas para pacientes em início de tratamento; controle e convocação de faltosos; e apoio aos pacientes com problemas de adesão¹⁰⁰.

Em 2001, mediu-se a adesão à TARV em estudo transversal conduzido em sete estados brasileiros^{88,101}. Participaram do estudo 322 serviços, que na época atendiam

mais de 70% dos pacientes em seguimento na rede ambulatorial de assistência ao HIV/aids do SUS. O estudo foi voltado para a avaliação da qualidade dos serviços com base em indicadores de estrutura e processo, segundo três dimensões: disponibilidade de recursos, organização do processo de assistência e gerenciamento técnico do trabalho. Associaram-se à boa qualidade organizacional: serviços exclusivos para o atendimento de DST/aids; serviços de maior porte (que atendiam de 100 a 500 ou mais de 500 pacientes com HIV); e serviços localizados em municípios de grande porte (com mais de 400.000 habitantes)¹⁰¹.

Para estimar a prevalência de adesão à TARV, foram selecionados aleatoriamente 60 dos serviços que participaram do estudo e 1.972 pacientes sob TARV em acompanhamento nesses serviços. Os pacientes incluídos no estudo eram maiores 18 anos, não gestantes e estavam recebendo tratamento antirretroviral há pelo menos dois meses. Os participantes responderam a um questionário estruturado sobre adesão, aplicado por entrevistadores previamente treinados. Foram considerados como aderentes os pacientes que relataram a tomada de mais de 95% das doses prescritas nos últimos três dias. A prevalência de adesão obtida foi de 75%, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de 73,08 a 76,95%. Pacientes com baixa escolaridade, com maior número de comprimidos no esquema terapêutico e que reportaram falta nas consultas nos últimos seis meses obtiveram maiores chances de não adesão¹⁰².

No mesmo estudo, foram investigadas associações entre a adesão dos pacientes e características organizacionais dos serviços¹⁰³. O menor porte do serviço (menos de 100 pacientes em acompanhamento, em comparação aos serviços com mais de 500 pacientes) associou-se independentemente à maior chance de não adesão. A qualidade organizacional do serviço contribuiu para explicar essa associação, mostrando-se um fator de proteção para a não adesão nos serviços de pequeno porte.

Em pesquisa conduzida no estado de São Paulo em 2007¹⁰⁴, foram descritas as atividades para incentivar, monitorar e apoiar a adesão realizadas rotineiramente nos serviços que assistem PVHA. O estudo mostrou que o estímulo e a verificação da adesão ainda ocorrem predominantemente nas consultas médicas e de enfermagem e que, em geral, não há padronização da forma como a adesão é abordada e avaliada. Observou-se que, em grande parte dos serviços, o trabalho em adesão restringe-se ao questionamento e à discussão com o paciente sobre o uso correto dos medicamentos.

Por outro lado, serviços exclusivos para o atendimento de DST/aids e de maior porte tenderam a apresentar atividades mais qualificadas e específicas, tais como: avaliação da adesão por meio da retirada de medicamentos na farmácia; envolvimento de psicólogos e assistentes sociais nas atividades individuais de estímulo à adesão; realização de grupos de adesão, atividades em sala de espera e outras atividades coletivas; parcerias com ONGs.

No estudo de 2007, entretanto, não foram coletadas medidas de adesão, de modo que não foi possível investigar associações entre as atividades de adesão realizadas e a adesão dos pacientes. Ressalta-se, ainda, que o estudo restringiu-se ao estado de São Paulo, de modo que ainda é escasso o conhecimento a respeito das atividades de adesão realizadas nacionalmente.

Entre 2009 e 2011, a Equipe Qualiaids conduziu uma nova pesquisa nacional sobre a adesão à TARV. Nessa pesquisa, foram investigadas medidas de adesão dos pacientes, atividades de adesão conduzidas rotineiramente nos serviços e outras características dos serviços possivelmente relacionadas à adesão dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo descrever os dados coletados nessa pesquisa e investigar relações entre a adesão dos pacientes e características dos serviços.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Investigar relações entre a adesão dos pacientes à TARV e características organizacionais dos serviços públicos de assistência especializada ao HIV/aids no Brasil.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever medidas nacionais de adesão à TARV.
- Descrever atividades de adesão conduzidas rotineiramente nos serviços.
- Avaliar o desempenho dos serviços segundo as atividades de adesão realizadas.
- Analisar associações entre medidas de adesão, atividades de adesão realizadas e outras características dos serviços.

3. Métodos

3.1. Desenho do estudo

De dezembro de 2009 a dezembro de 2011, foi conduzido o projeto de pesquisa “Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/Aids em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil” (Projeto AVANT). A pesquisa consistiu em um estudo transversal da adesão à TARV em amostra nacional de pacientes em tratamento nos serviços públicos de assistência ambulatorial ao HIV/aids no Brasil.

3.2. Participantes

Foram incluídos no estudo pacientes sob TARV em acompanhamento em serviços do SUS que assistem PVHA em nível ambulatorial, maiores de 18 anos, não gestantes. Os participantes foram selecionados com base em amostra probabilística em dois estágios: 1) seleção dos serviços; 2) seleção dos pacientes.

3.2.1. Seleção dos serviços

Os serviços foram selecionados dentre os 636 serviços de assistência ambulatorial ao HIV/aids cadastrados no D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, em 2007. Primeiramente, os serviços foram categorizados segundo seu desempenho em avaliação nacional da qualidade da assistência ao HIV/aids conduzida em 2007, com base na aplicação do Questionário Qualiaids¹⁰⁵. Essa avaliação resultou na classificação dos serviços em seis grupos correspondentes a diferentes níveis de qualidade, sendo o Grupo 1 composto pelos serviços que apresentaram melhor qualidade e o Grupo 6, pelos serviços de pior qualidade. Os serviços que não participaram da avaliação compuseram o Grupo 7¹⁰⁶.

Os serviços foram categorizados, ainda, segundo sua localização em sete regiões geográficas definidas para o estudo, incluindo as cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste), o estado de São Paulo e o estado do Rio de Janeiro. São Paulo e Rio de Janeiro foram analisados separadamente dos demais estados da região Sudeste, em função da alta proporção de pacientes em TARV nos dois estados. Segundo dados obtidos no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, em 2011, 32,0% dos pacientes sob TARV no Brasil eram acompanhados no estado de São Paulo e 13,6%, no estado do Rio de Janeiro.

Foram selecionados para compor a amostra serviços dos sete grupos de qualidade. Para cada um destes grupos, foram sorteados um ou dois serviços de cada região: selecionou-se um serviço quando a região continha até 20% do total de pacientes em acompanhamento nos serviços pertencentes ao grupo de qualidade; selecionaram-se dois serviços quando a região continha mais de 20% do total de pacientes em acompanhamento nos serviços pertencentes ao grupo de qualidade. O número de pacientes em acompanhamento nos serviços, obtido na aplicação do Questionário Qualiaids em 2007, difere do número de pacientes em tratamento, pois inclui pacientes em seguimento ambulatorial que não estão sob TARV.

A probabilidade de seleção do serviço foi definida pela proporção de pacientes em acompanhamento no serviço (numerador), em relação ao total de pacientes em acompanhamento no conjunto de serviços do mesmo grupo de qualidade e região (denominador) (ver exemplo na Tabela 1, abaixo).

3.2.2. Seleção dos pacientes

Para cada grupo de qualidade, foi definido um número amostral de 336 participantes, com base em prevalência média estimada de adesão de 70% (IC 95% 65%-75%) e adotando-se como nível de significância estatística valores de $p < 0,05$. Considerando o número amostral total de 2.352 (somados os sete grupos de qualidade), estimaram-se ainda 12% de perdas. Para os serviços cujo número calculado foi menor do que cinco, houve ainda um acréscimo, estipulando-se cinco participantes como número amostral mínimo para todos os serviços, totalizando 2.646 participantes a serem convidados para o estudo.

Após selecionados os serviços, o número amostral em cada grupo de qualidade foi distribuído proporcionalmente ao número de pacientes sob TARV nos serviços participantes. O número de pacientes em TARV foi coletado no Projeto AVANT.

A probabilidade de seleção do paciente no serviço foi definida pela proporção de pacientes incluídos na amostra do serviço (numerador), em relação ao total de pacientes sob TARV no serviço (denominador). A probabilidade final de seleção do paciente foi definida pela multiplicação da probabilidade de seleção do serviço pela probabilidade de seleção do paciente (ver exemplo, na Tabela 1).

Tabela 1 - Probabilidade amostral para o Grupo de Qualidade 1

Conjunto de serviços ¹	Serviços selecionados	Pacientes em acompanhamento no serviço ²	Pacientes em acompanhamento no conjunto de serviços ³	Probabilidade do serviço ⁴	N amostral ⁵	Pacientes em TARV no serviço ⁶	Probabilidade do paciente ⁷	Probabilidade final ⁸
Q1/R1	Serviço 1	2.700	64.319	4,2	46	626	7,3	30,8
Q1/R1	Serviço 2	4.740	64.319	7,4	17	387	4,4	32,4
Q1/R2	Serviço 3	1.800	5.958	30,2	33	667	4,9	149,5
Q1/R3	Serviço 4	336	5.020	6,7	13	268	4,9	32,5
Q1/R4	Serviço 5	930	2.028	45,9	49	769	6,4	292,2
Q1/R5	Serviço 6	1.267	3.912	32,4	45	916	4,9	159,1
Q1/R6	Serviço 7	2.105	28.592	7,4	34	634	5,4	39,5
Q1/R6	Serviço 8	5.190	28.592	18,2	87	1.885	4,6	83,8
Q1/R7	Serviço 9	1.184	4.100	28,9	33	718	4,6	132,7
Total	-	20.252	-	-	357	-	-	-

¹ Conjunto de serviços do mesmo grupo de qualidade (Q) e região (R)

² Número de pacientes HIV em acompanhamento no serviço

³ Número de pacientes HIV em acompanhamento no conjunto de serviços do mesmo grupo de qualidade e região

⁴ Probabilidade de seleção do serviço

⁵ Número amostral do serviço (número amostral final, após exclusões)

⁶ Número de pacientes sob TARV no serviço

⁷ Probabilidade de seleção do paciente no serviço

⁸ Probabilidade final de seleção do paciente (probabilidade do serviço multiplicada pela probabilidade do paciente)

Os pacientes foram selecionados de acordo com randomização sistemática por ordem de chegada, em diferentes pontos de atendimento nos serviços: recepção, sala de espera, coleta de exames, farmácia e pronto-atendimento.

Após definida a amostra em cada serviço, estipulou-se também uma subamostra de 600 pacientes a serem convidados a responder a uma entrevista semiestruturada sobre: características sociodemográficas, hábitos e uso de drogas, qualidade de vida, aspectos do tratamento (tempo de HIV, tempo de tratamento, efeitos adversos, não adesão prévia, falta nas consultas), ansiedade e depressão. Os 600 participantes da subamostra foram distribuídos de acordo com a proporção de pacientes em TARV nas sete regiões definidas para o estudo, segundo dados do SICLOM. A partir desta distribuição, definiu-se o número de serviços a serem sorteados para compor a subamostra em cada região. Os serviços foram sorteados dentre aqueles selecionados anteriormente para compor a amostra. Nos serviços que integraram a subamostra, todos os pacientes incluídos no estudo foram convidados a responder à entrevista até que se completasse o número amostral proposto para a subamostra em cada serviço. Os dados coletados na subamostra não foram analisados no presente estudo.

3.3. Instrumentos e coleta de dados

3.3.1. Questionário WebAd-Q

Para medir a adesão dos pacientes à TARV, utilizou-se um questionário de autorrelato previamente validado: o Questionário Qualiaids de Monitoramento da Adesão ao Tratamento (“Web Adherence Qualiaids Questionnaire” - WebAd-Q)^{107,108}. Trata-se de um questionário multimídia em linguagem “Web”, em formato de desenho

animado, que pode ser acessado “online”¹⁰⁹ ou por meio de programa “offline”. O questionário é autoexplicativo e de resposta anônima.

O Questionário WebAd-Q contém três questões sobre a tomada dos medicamentos nos últimos sete dias, que abordam três dimensões da adesão ao tratamento: adesão ao horário, adesão aos medicamentos e adesão à dose (número de comprimidos). As questões são: 1) Nos últimos sete dias, você tomou algum dos seus remédios do coquetel fora do **horário** indicado pelo seu médico? 2) Nos últimos sete dias, você deixou de tomar algum dos **remédios** do seu coquetel? 3) Nos últimos sete dias, alguma vez você tomou menos ou mais **comprimidos** de algum dos remédios do seu coquetel? (Figura 2).

Figura 2 - Telas do Questionário WebAd-Q com apresentação das questões 1, 2 e 3

Figura 2 - Telas extraídas do Questionário WebAd-Q¹⁰⁹

Nota: A versão completa do questionário pode ser acessada em: www2.fm.usp.br/webad-q. Para o acesso, deve-se utilizar o código “1999”.

As opções de resposta são: 1) Sim; 2) Não; 3) Não sei / não lembro. A resposta “Não” é indicativa de adesão e as respostas “Sim” ou “Não sei / não lembro” são indicativas de não adesão. O questionário gera um banco de dados em formato Excel®, que pode ser acessado “online”, em “website” protegido por senha, ou no programa “offline”.

A coleta de respostas ao Questionário WebAd-Q foi realizada no período de 01/08/2010 a 15/10/2010. Cada serviço participante recebeu um “notebook” contendo a versão “offline” do questionário. Um roteador “wireless” foi também fornecido para facilitar o acesso “online”. Dois profissionais de saúde de cada serviço participaram de sessão de oito horas de treinamento para seleção e convite dos pacientes para participarem do estudo, de acordo com a metodologia amostral estabelecida e com os procedimentos de consentimento informado. O questionário foi respondido individualmente pelos pacientes, em ambiente privado.

É importante ressaltar que o Questionário WebAd-Q foi desenvolvido e validado para o monitoramento de taxas de adesão à TARV nos serviços brasileiros de assistência ao HIV/aids. A proposta do questionário é servir como uma ferramenta gerencial, a qual não deve ser confundida com um instrumento para o acompanhamento da adesão de cada paciente. Desse modo, as medidas de adesão obtidas por meio do Questionário WebAd-Q devem ser interpretadas como medidas coletivas, e não como medidas individuais de adesão.

3.3.2. Questionário Qualiaids

O Questionário Qualiaids é um instrumento estruturado de avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil. Desenvolvido e validado em estudo conduzido em 2001^{88,101} em sete estados brasileiros, teve duas aplicações nacionais posteriores, em 2007¹⁰⁵ e em 2010⁸⁹. Em projetos de pesquisa conduzidos entre 2010 e 2013, o questionário foi revisado e atualizado e sua nova versão foi validada. No presente estudo, utilizamos dados coletados nas aplicações de 2007 e de 2010.

O questionário é disponibilizado em sistema “online”¹¹⁰ e respondido pelos gerentes e equipes dos serviços. A versão aplicada em 2007 e 2010 contém 107 questões de múltipla escolha, que compõem 96 indicadores de estrutura e processo referentes a três dimensões da qualidade dos serviços: disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento técnico do trabalho (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões de qualidade avaliadas no Questionário Qualiaids

DIMENSÕES	CATEGORIAS AVALIATIVAS	ASPECTOS AVALIADOS
Disponibilidade de recursos (22 indicadores)	Acesso	Horário de funcionamento do serviço; horários de agendamento; coleta de exames; local de dispensação de antirretrovirais.
	Infraestrutura básica	Estrutura física e biossegurança.
	Medicamentos, exames e referências	Exames laboratoriais e de imagem; concentração de exames de contagem de linfócitos CD4+ e carga viral; modalidades assistenciais e especialistas; medicamentos específicos (antirretrovirais e para infecções oportunistas).
	Recursos humanos	Perfil e formação do gerente; capacitação e experiência dos infectologistas e clínicos; número de médicos (infectologistas e clínicos); número de profissionais não médicos.
Organização da assistência (43 indicadores)	Acolhimento	Primeiro atendimento (prontidão e resolatividade).
	Orientações e aconselhamento	Aconselhamento pré e pós-teste; atividades em sala de espera; direitos reprodutivos; orientação sobre o uso dos antirretrovirais.
	Organização geral do trabalho	Padronizações de condutas; fluxo de encaminhamento entre os profissionais; convocação de faltosos.
	Organização e rotinas da assistência médica	Trabalho dos médicos infectologistas e clínicos; trabalho do médico ginecologista; tempo das consultas médicas; intervalo entre consultas médicas; vínculo; atendimento médico para não agendados (“extras”)
	Organização e rotinas da assistência de enfermagem	Atendimentos de enfermagem; atividades do enfermeiro; rotina do atendimento do enfermeiro.
	Organização e rotinas da assistência de outros profissionais	Rotina do atendimento do psicólogo; rotina do atendimento do assistente social; rotina do atendimento do farmacêutico; atendimento odontológico (acesso e organização).
	Atividades de adesão ao tratamento	Medicação fora da rotina; rotinas e orientações para o uso de antirretrovirais.
Gerenciamento técnico do trabalho (31 indicadores)	Coordenação do trabalho	Reuniões de equipe; coordenação técnica e administrativa; suporte e supervisão aos profissionais; resolução de problemas e dificuldades.
	Atualização dos profissionais	Capacitação e experiência dos profissionais; acesso a textos e materiais de consulta
	Registros, avaliação, monitoramento e planejamento	Planejamento de atividades; registro rotineiro de dados e avaliações; prontuários (arquivo e registros de atendimentos); prontuários padronizados; vigilância epidemiológica (notificação compulsória); controle de faltosos; critério de abandono; registro e controle de óbitos; controle e distribuição dos antirretrovirais.
	Interação serviços-usuários-comunidade	Participação institucional dos usuários e interação serviço-comunidade.

As respostas ao questionário são pontuadas em escala de três pontos (0= padrão insuficiente; 1= padrão aceitável; 2= padrão esperado), de acordo com padrões de qualidade previamente estabelecidos para cada indicador, apresentados em um Guia de Boas Práticas que acompanha o questionário¹¹¹. A definição de padrões de qualidade baseou-se em: normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a organização da assistência em aids no Brasil; processos iterativos de consenso, incluindo usuários, profissionais, gerentes e gestores; revisão da literatura; análise qualitativa feita a partir da observação sistemática dos serviços. Definidos com base na realidade dos serviços, os padrões de qualidade correspondem ao melhor desempenho possível de ser alcançado, levando-se em conta a heterogeneidade dos serviços que assistem PVHA no Brasil.

Ao final do preenchimento do questionário, os serviços recebem uma média total de pontuação e médias para cada dimensão avaliada (recursos, assistência e gerência). De acordo com a pontuação recebida nas questões, os serviços são classificados em grupos de diferentes níveis de qualidade, segundo análise de agrupamentos por k-médias. Em 2007, 504 serviços responderam ao questionário e a avaliação resultou na classificação dos serviços em seis grupos de qualidade (Grupo 1= melhor qualidade; Grupo 6= pior qualidade). Em 2010, 659 serviços responderam ao questionário e a avaliação resultou em cinco grupos de qualidade (Grupo 1= melhor qualidade; Grupo 5= pior qualidade). No presente estudo, os resultados da aplicação de 2007 foram utilizados para definição do plano amostral e os resultados da aplicação de 2010 foram utilizados para compôr variáveis de análise.

3.3.3. Questionário de Atividades de Adesão

Embora o Questionário Qualiaids, descrito acima, aborde alguns aspectos da promoção da adesão, o instrumento não tem como objetivo aprofundar-se nessa dimensão da assistência. O Questionário de Atividades de Adesão cumpre essa função, permitindo o detalhamento de diferentes tipos de atividades realizadas para investigar, monitorar e apoiar a adesão dos pacientes.

Durante a condução do Projeto AVANT, solicitou-se aos gerentes e equipes dos serviços participantes que respondessem ao Questionário de Atividades de Adesão. Trata-se de uma versão adaptada de questionário previamente utilizado em pesquisa conduzida no estado de São Paulo em 2007¹⁰⁴. A versão do instrumento utilizada no presente estudo é apresentada na íntegra no Anexo A.

O instrumento consiste em um questionário semiestruturado, contendo 20 questões de múltipla escolha e 5 questões abertas sobre atividades conduzidas rotineiramente nos serviços, relacionadas à promoção da adesão ao tratamento. No presente estudo, analisamos as respostas dos serviços às questões de múltipla escolha.

3.3.4. Outras características dos serviços

Além da região geográfica, outras características dos serviços coletadas no estudo foram: 1) porte do serviço (número de pacientes sob TARV); 2) porte do município (número de habitantes). O porte do serviço foi reportado pelos gerentes e equipes no início do Projeto AVANT. O número informado foi comparado aos dados reportados pelo serviço na aplicação do Questionário Qualiaids em 2007 (número de pacientes em acompanhamento no serviço) e aos dados registrados no SICLOM em 2010 (número de pacientes sob TARV). Quando identificadas inconsistências entre as três fontes, foi solicitado ao serviço que verificasse a informação novamente. O porte do

município foi definido segundo o número de habitantes informado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹², em 2010.

3.4. Análise

3.4.1. Medidas de adesão

As frequências observadas de respostas ao Questionário WebAd-Q foram descritas de duas formas: 1) para cada questão separadamente, ou seja, considerando cada dimensão da adesão individualmente; 2) para as três questões conjuntamente, ou seja, considerando as três dimensões da adesão simultaneamente (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição das respostas ao Questionário WebAd-Q

FORMAS DE DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIAS ANALISADAS
Para cada questão separadamente	Adesão e não adesão para a Questão 1 (Q1 - horário) Adesão e não adesão para a Questão 2 (Q2 - medicamentos) Adesão e não adesão para a Questão 3 (Q3 - dose)
Para as três questões conjuntamente	Adesão para Q1, Q2 e Q3 Adesão para Q1; não adesão para Q2 e Q3 Adesão para Q2; não adesão para Q1 e Q3 Adesão para Q3; não adesão para Q1 e Q2 Adesão para Q1 e Q2; não adesão para Q3 Adesão para Q1 e Q3; não adesão para Q2 Adesão para Q2 e Q3; não adesão para Q1 Não adesão para Q1, Q2 e Q3

Frequências observadas e ponderadas de resposta ao WebAd-Q foram apresentadas segundo uma escala de não adesão com quatro categorias (Quadro 3). As respostas foram ponderadas de acordo com a probabilidade final de seleção dos pacientes na amostra.

Quadro 3 - Escala de não adesão, segundo as respostas às três perguntas do Questionário WebAd-Q

CATEGORIAS	NÚMERO DE RESPOSTAS NÃO ADESAO
“Zero” não adesão	Zero respostas de não adesão
Não adesão em 1 dimensão	1 resposta de não adesão
Não adesão em 2 dimensões	2 respostas de não adesão
Não adesão em 3 dimensões	3 respostas de não adesão

Além das frequências totais obtidas junto ao conjunto de pacientes que integraram a amostra, foram descritas as frequências de respostas obtidas em cada um dos serviços participantes para cada questão separadamente; isto é, segundo as três dimensões de adesão analisadas (horário, medicamentos, dose).

3.4.2. Características dos serviços

Com base em análise prévia dos resultados da aplicação nacional do Questionário Qualiaids em 2010⁸⁹, foram obtidas as seguintes variáveis de análise: 1) classificação dos serviços em seis grupos segundo nível de qualidade (Grupo 1= melhor qualidade, Grupo 5= pior qualidade, Grupo 6= não respondentes); 2) médias de pontuação obtidas pelos serviços segundo as respostas ao questionário (média total, de recursos, de assistência e de gerência). Para os propósitos do presente estudo, foi feita uma recategorização dos serviços segundo níveis de qualidade, com base em quatro subgrupos: qualidade boa (Grupos 1 e 2), média (Grupo 3), ruim (Grupos 4 e 5) e não respondentes.

As respostas ao Questionário de Atividades de Adesão foram digitadas em bancos de dados e suas frequências foram descritas. Para a avaliação do desempenho dos serviços com base nas atividades realizadas, foram selecionadas as atividades consideradas mais relevantes para a promoção da adesão, com base em estudos

prévios^{104,113}. As atividades selecionadas foram categorizadas segundo cinco domínios avaliativos: estratégias de monitoramento da adesão adotadas no serviço; estratégias de investigação da adesão utilizadas nas consultas individuais; participação de diferentes categorias profissionais na promoção do cuidado multidisciplinar em adesão; atividades de grupo e/ou voltadas para a promoção da adesão junto a populações específicas; capacitação e atualização dos profissionais em relação ao tema da adesão.

As atividades incluídas nos domínios avaliativos foram categorizadas como variáveis dicotômicas (Sim= o serviço realiza a atividade, Não= o serviço não realiza a atividade). Atribuiu-se uma pontuação para cada atividade desenvolvida (Sim= 1, Não= 0). Para essa análise, os “missings” receberam pontuação zero. Foram testadas correlações entre os domínios utilizando a Correlação de Pearson. Os serviços foram agrupados segundo seu desempenho, utilizando-se análise de agrupamentos por k-médias, com base na pontuação média obtida em cada domínio. O desempenho dos grupos (desempenho geral e para cada domínio) foi comparado, utilizando-se o Teste t-Student (IC 95%, $p < 0,05$).

Em relação às demais características dos serviços, a região geográfica foi categorizada de acordo com as sete regiões definidas para o plano amostral: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste, estado de São Paulo e estado do Rio de Janeiro. O porte do serviço foi categorizado em três subgrupos: pequeno (menos de 100 pacientes sob TARV); médio (101 a 500 pacientes); e grande (mais de 500 pacientes). O porte do município foi categorizado em dois subgrupos: 1) serviços localizados em capitais e/ou municípios com mais de 400.000 habitantes; 2) serviços localizados em municípios com menos de 400.000 habitantes.

Em relação ao porte do serviço e ao porte do município, categorias associadas à melhor qualidade dos serviços e/ou à maior adesão dos pacientes em estudo prévio^{101,103}

foram adotadas como categorias de referência para a análise no presente estudo. O estado de São Paulo foi adotado como categoria de referência para a região, com base em análise prévia dos resultados da aplicação nacional do Questionário Qualiaids em 2010. Nessa análise, São Paulo apresentou maior proporção de serviços pertencentes ao grupo de melhor qualidade, em relação às demais regiões brasileiras (dados não publicados).

3.4.3. Associações entre medidas de não adesão e características dos serviços

Associações entre medidas de não adesão e características dos serviços foram testadas em modelos de regressão logística brutos e ajustados, utilizando-se o software SPSS® (IC 95%, $p < 0,05$). A unidade de análise foi o paciente. Foram utilizados dados ponderados de acordo com a probabilidade final de seleção dos pacientes na amostra.

Foram testadas como variáveis dependentes as medidas de não adesão obtidas para cada dimensão de adesão (horário, medicamentos, dose). Foram analisadas como variáveis independentes: qualidade, segundo a aplicação do Questionário Qualiaids em 2010; região geográfica; porte do serviço; porte do município; atividades de adesão; grupos resultantes da análise de agrupamentos, segundo atividades de adesão. Em relação à qualidade, foram realizadas análises com e sem o grupo de não respondentes, no intuito de checar possíveis confusões na análise causadas por esse grupo de serviços.

3.4.4. Associações entre atividades de adesão e outras características dos serviços

Foram testadas associações entre atividades de adesão e outras características dos serviços, tomando o serviço como unidade de análise. Para essas análises, foram utilizados o Teste Qui-quadrado e o Teste da Razão de Verossimilhança.

Foram testadas como variáveis dependentes: atividades de adesão; grupos resultantes da análise de agrupamentos segundo atividades de adesão. Foram testadas como variáveis independentes: qualidade, segundo aplicação do Questionário Qualiaids em 2010; região geográfica; porte do serviço; porte do município.

Foram analisadas, ainda, relações entre os grupos resultantes da análise de agrupamentos e as médias de pontuação obtidas na aplicação do Questionário Qualiaids em 2010 (média total, de recursos, de assistência e de gerência). As médias do Qualiaids obtidas nos diferentes grupos de serviços foram comparadas, utilizando-se o Teste t-Student.

Para evitar um viés de análise por conta de possíveis sobreposições entre as dimensões abordadas no Questionário Qualiaids e no Questionário de Atividades de Adesão, analisou-se o conteúdo das questões do Qualiaids relacionadas a atividades de adesão, as quais compõem a média de pontuação de assistência. O Quadro 4 reproduz na íntegra as quatro questões do Questionário Qualiaids sobre atividades de adesão.

Quadro 4 - Questões do Questionário Qualiaids que compõem a categoria avaliativa “Atividades de adesão ao tratamento”

QUESTÕES
<p>Questão 48. Para os pacientes em seguimento, o uso correto da medicação geralmente é verificado através de:</p> <p>(Assinale uma ou mais alternativas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionamento sobre o uso correto 2. Checagem de rotina em consulta médica sobre dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação) 3. Checagem de rotina sobre dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc.) 4. Contagem dos medicamentos que sobraram 5. Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação 6. Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico 7. Grupo de adesão 8. Outros
<p>Questão 49. Qual o mecanismo utilizado para garantir acesso aos anti-retrovirais, quando o agendamento de rotina prevê um intervalo entre as consultas de mais de 30 dias?</p> <p>(Assinale apenas uma alternativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quando o paciente está estável leva prescrição para 60 dias 2. A enfermeira ou o farmacêutico autoriza a retirada da medicação 3. O paciente passa por consulta de enfermagem e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita 4. O paciente passa por atendimento com farmacêutico e, após orientações, retira a medicação previamente prescrita 5. O médico deixa prescrição pronta no serviço para o próximo mês 6. O paciente sempre leva prescrição para 60 dias 7. Isso não acontece
<p>Questão 50. Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com anti-retroviral:</p> <p>(Assinale uma ou mais alternativas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O retorno é realizado em intervalos menores 2. O paciente é encaminhado para grupos de adesão 3. O paciente é encaminhado para orientação individual com profissional de nível superior 4. Há mudança de esquema terapêutico, se possível 5. Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas 6. Outros
<p>Questão 51. No caso do paciente ficar sem medicação, por razões imprevistas, ele é orientado a:</p> <p>(Assinale apenas uma alternativa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agendar consulta médica 2. Passar em consulta extra (encaixe na agenda ou pronto atendimento) 3. Pegar receita com enfermagem ou farmacêutico até a próxima consulta 4. Outros

Considerou-se que as questões 48 e 50 do Questionário Qualiaids sobrepõem-se às dimensões abordadas no Questionário de Atividades de Adesão. Calculou-se, então, uma nova média de assistência para os serviços, excluindo-se as pontuações obtidas para as questões 48 e 50. A nova média de assistência foi composta pela pontuação

referente a 41 indicadores resultantes da aplicação nacional do Qualiaids em 2010, incluindo as pontuações obtidas para as questões 49 e 50.

As novas médias de assistência do Qualiaids obtidas nos diferentes grupos de serviços resultantes da análise de agrupamentos foram comparadas, utilizando-se o Teste t-Student.

3.5. Aspectos éticos

O Projeto AVANT e o presente estudo encontram-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde) e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (protocolos 1140/09 e 020/13, respectivamente). Quando requisitado pelos serviços, o Projeto AVANT foi submetido e aprovado também por Comitês de Éticas locais aos quais os serviços estão vinculados.

Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Os gerentes responsáveis pelos serviços participantes também consentiram em participar e assinaram Termo de Aceite (Anexo C). A confidencialidade dos participantes foi mantida.

4. Resultados

4.1. Medidas nacionais de adesão à TARV

4.1.1. Fluxograma e distribuição dos participantes

Cinquenta e quatro serviços foram sorteados para participar do estudo. Seis (11,1%) dos serviços sorteados foram excluídos da amostra por um dos seguintes motivos: o serviço recusou-se a participar; o serviço não estava mais em funcionamento; o serviço era uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e não realizava assistência ambulatorial. Dentre os serviços excluídos, quatro foram substituídos por um novo serviço sorteado do mesmo grupo de qualidade e região. No caso dos outros dois serviços, a substituição não foi possível, pois não havia outros serviços do mesmo grupo de qualidade e região. Foi sorteado, ainda, um serviço adicional na região Sul, pois observou-se que o número de participantes dos serviços dessa região seria insuficiente para compor a subamostra (pacientes selecionados para responder à entrevista sobre características individuais). Posteriormente, identificou-se que os pacientes acompanhados no último serviço sorteado realizavam seu tratamento neste ou em outros dois serviços da região Sul. Por este motivo, os outros dois serviços foram incluídos também na amostra, totalizando 55 serviços participantes (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma de serviços incluídos no estudo

Figura 3 - Fluxograma contendo serviços sorteados para compor a amostra, serviços excluídos, substituições, acréscimos e amostra final

Um total de 2.604 pacientes foram convidados a participar do estudo e 2.424 (93,1%) respostas foram obtidas. Houve um total de 180 perdas (6,9%), devido a recusas (3,7%) e exclusões (3,2%). A “falta de tempo” foi citada como principal motivo para recusa pelos pacientes. Falhas no sistema do Questionário WebAd-Q (respostas duplicadas ou incompletas no banco de dados) foram responsáveis por 29 (1,1%) das exclusões (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma de respostas ao Questionário WebAd-Q incluídas no estudo

Figura 4 - Fluxograma contendo estimativa amostral, pacientes convidados a participar do estudo, perdas e total de respostas obtidas

¹ A amostra com acréscimo de perdas estimadas diferiu do número de pacientes convidados a participar do estudo, pois a coleta de dados foi finalizada após o número amostral inicial ter sido atingido em todos os serviços.

A distribuição de serviços e pacientes participantes foi descrita segundo os grupos de qualidade e regiões que definiram a amostra. Os dados foram comparados à distribuição nacional de serviços, de pacientes em acompanhamento nos serviços e de pacientes sob TARV, segundo dados obtidos na aplicação do Questionário Qualiaids em 2007 e dados extraídos do SICLOM em 2011 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo segundo região e grupo de qualidade e comparação com a distribuição nacional

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	SERVIÇOS		PACIENTES		
	Amostra	Brasil (Qualiaids, 2007)	Amostra	Brasil (Qualiaids, 2007) ¹	Brasil (Siclom, 2011) ²
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Grupo de qualidade (Qualiaids 2007)					
1	9 (16,4)	135 (21,2)	357 (14,7)	99 663 (46,5)	-
2	8 (14,5)	41 (6,4)	398 (16,4)	14 104 (5,8)	-
3	7 (12,7)	74 (11,6)	367 (15,1)	16 170 (6,6)	-
4	9 (16,4)	86 (13,5)	367 (15,1)	24 769 (10,1)	-
5	9 (16,4)	78 (12,3)	370 (15,3)	72 146 (29,4)	-
6	5 (9,1)	50 (7,9)	219 (9,0)	3 951 (1,6)	-
7 (Não respondentes)	8 (14,5)	172 (27,0)	346 (14,3)	-	-
Região					
São Paulo	9 (16,4)	193 (30,3)	386 (15,9)	69 750 (30,2)	54 483 (32,0)
Rio de Janeiro	8 (14,5)	103 (16,2)	490 (20,2)	32 361 (14,0)	23 166 (13,6)
Nordeste	8 (14,5)	66 (10,4)	462 (19,1)	35 145 (15,2)	19 227 (11,3)
Norte	5 (9,1)	30 (4,7)	200 (8,3)	3 539 (1,5)	7 946 (4,7)
Sudeste	5 (9,1)	63 (9,9)	135 (5,6)	15 415 (6,7)	16 515 (9,7)
Sul	14 (25,5)	145 (22,8)	560 (23,1)	65 175 (28,2)	39 165 (23,0)
Centro-Oeste	6 (10,9)	36 (5,7)	191 (7,9)	9 418 (4,1)	9 740 (5,7)
TOTAL	55 (100,0)	636 (100,0)	2 424 (100,0)	230 803 (100,0)	170 242 (100,0)

¹ Pacientes em acompanhamento nos serviços

² Pacientes sob TARV

4.1.2. Respostas obtidas

Aproximadamente metade dos participantes reportaram não adesão ao horário. A frequência de não adesão foi menor para as demais dimensões de adesão (medicamentos e dose) (Tabela 3).

Tabela 3 - Respostas ao Questionário WebAd-Q para cada questão separadamente - Brasil - 2010 - N=2.424

DIMENSÕES DE ADESÃO	RESPOSTAS	
	Adesão	Não Adesão
	n (%)	n (%)
Horário (Q1)	1 189 (49,1)	1 235 (50,9)
Medicamentos (Q2)	1 654 (68,2)	770 (31,8)
Dose (Q3)	1 952 (80,5)	472 (19,5)

Quarenta por cento dos participantes reportaram “zero não adesão” considerando as três dimensões analisadas. Um total de 520 (21,4%) participantes reportaram não adesão apenas ao horário e 935 (38,6%) reportaram não adesão aos medicamentos e/ou à dose (Figura 5).

Figura 5 - Respostas ao Questionário WebAd-Q para as três questões conjuntamente - Brasil - 2010 - N=2.424

Figura 5 - Respostas ao Questionário WebAd-Q para as três dimensões de adesão conjuntamente: zero não adesão; não adesão apenas para o horário, apenas para os medicamentos e apenas para a dose; não adesão em duas dimensões (horário e medicamentos, horário e dose, medicamentos e dose); não adesão nas três dimensões

A proporção de respostas de não adesão obtidas em cada serviço variou de 0% a 84,6% para a dimensão do horário; de 0% a 61,9% para a dimensão dos medicamentos; de 0% a 60,0% para a dimensão da dose (ver Tabela Adicional, Anexo D).

4.1.3. Medidas segundo escala de não adesão

De acordo com medidas ponderadas, 38,9% dos participantes reportaram “zero não adesão” e 61,1% (IC 95% 58,5-63,7) dos participantes reportaram não adesão em uma ou mais dimensões. As proporções de não adesão foram decrescentes conforme o maior número de dimensões com não adesão (Tabela 4).

Tabela 4 - Medidas obtidas para as quatro categorias da escala de não adesão, segundo respostas ao Questionário WebAd-Q - Brasil - 2010 - N=2.424

CATEGORIAS	N	%	
		Observada	Ponderada (IC 95%)
Zero não adesão	969	40,0	38,9 (36,3-41,5)
Não adesão em 1 dimensão	704	29,0	30,8 (29,8-31,7)
Não adesão em 2 dimensões	480	19,8	18,6 (17,7-19,4)
Não adesão em 3 dimensões	271	11,2	11,7 (11,0-12,5)
TOTAL	2 424	100,0	100,0

4.1.4. Associações entre medidas de não adesão e características dos serviços

As Tabelas 5, 6 e 7 apresentam a distribuição dos participantes do estudo segundo as características dos serviços analisadas.

Tabela 5 - Distribuição de participantes do estudo segundo qualidade e demais características dos serviços - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	QUALIDADE			
		Boa		Ruim	
		N	n (%)	Média	Não respondentes
Região					
São Paulo	386	375 (97,2)	4 (1,0)	7 (1,8)	0 (0,0)
Rio de Janeiro	490	264 (53,9)	33 (6,7)	193 (39,4)	0 (0,0)
Nordeste	462	410 (88,7)	21 (4,5)	31 (6,7)	0 (0,0)
Norte	200	198 (99,0)	0 (0,0)	2 (1,0)	0 (0,0)
Sudeste	135	118 (87,4)	0 (0,0)	10 (7,4)	7 (5,2)
Sul	560	238 (42,5)	11 (2,0)	218 (38,9)	93 (16,6)
Centro-Oeste	191	148 (77,5)	0 (0,0)	37 (19,4)	6 (3,1)
Porte do serviço					
Pequeno (<100)	107	35 (32,7)	15 (14,0)	43 (40,2)	14 (13,1)
Médio (101-500)	848	646 (76,2)	21 (2,5)	175 (20,6)	6 (0,7)
Grande (>500)	1 469	1 070 (72,8)	33 (2,2)	280 (19,1)	86 (5,9)
Porte do município					
> 400.000 ou capital	1 838	1 366 (74,3)	33 (1,8)	347 (18,9)	92 (5,0)
< 400.000	586	385 (65,7)	36 (6,1)	151 (25,8)	14 (2,4)
TOTAL	2 424	1 751 (72,2)	69 (2,9)	498 (20,5)	106 (4,4)

Tabela 6 - Distribuição de participantes do estudo segundo região, porte do serviço e porte do município - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	REGIÃO											
		SP		RJ		NE		SE		S		CO	
		N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Porte do serviço													
Pequeno (<100)	107	28 (26,2)	0 (0,0)	5 (4,7)	2 (1,9)	17 (15,9)	36 (33,6)	19 (17,8)					
Médio (101-500)	848	45 (5,3)	284 (33,5)	102 (12,0)	149 (17,6)	34 (4,0)	210 (24,8)	24 (2,8)					
Grande (>500)	1 469	313 (21,3)	206 (14,0)	355 (24,2)	49 (3,3)	84 (5,7)	314 (21,4)	148 (10,1)					
Porte do município													
> 400.000 ou capital	1 838	169 (9,2)	455 (24,8)	397 (21,6)	194 (10,6)	84 (4,6)	385 (20,9)	154 (8,4)					
< 400.000	586	217 (37,0)	35 (6,0)	65 (11,1)	6 (1,0)	51 (8,7)	175 (29,9)	37 (6,3)					
TOTAL	2 424	386 (15,9)	490 (20,2)	462 (19,1)	200 (8,3)	135 (5,6)	560 (23,1)	191 (7,9)					

Tabela 7 - Distribuição de participantes do estudo segundo porte do serviço e porte do município - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	PORTE DO SERVIÇO		
		Pequeno	Médio	Grande
	N	n (%)	n (%)	n (%)
Porte do município				
> 400.000 ou capital	1 838	0 (0,0)	547 (29,8)	1 291 (70,2)
< 400.000	586	107 (18,3)	301 (51,4)	178 (30,4)
TOTAL	2 424	107 (4,4)	848 (35,0)	1 469 (60,6)

Associaram-se independentemente a menores chances de não adesão ao horário: serviços de qualidade ruim; serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids; e serviços de pequeno porte (Tabela 8).

Os serviços de qualidade média e os serviços localizados nas regiões Sul e Sudeste mostraram menores chances de não adesão ao horário nas análises brutas; porém, essas associações perderam significância nas análises ajustadas (Tabela 8).

Em análises ajustadas excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids (N=2.318), foram encontrados resultados semelhantes para a não adesão ao horário.

Tabela 8 - Associações entre não adesão ao horário e características dos serviços - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Qualidade				
Boa	1 751	931 (53,2)	1,00	1,00
Média	69	36 (52,2)	0,56 (0,42-0,75)*	0,87 (0,55-1,39)
Ruim	498	235 (47,2)	0,63 (0,49-0,81)*	0,72 (0,54-0,97)*
Não respondentes	106	33 (31,1)	0,44 (0,33-0,58)*	0,57 (0,41-0,80)*
Região				
São Paulo	386	204 (52,8)	1,00	1,00
Rio de Janeiro	490	253 (51,6)	0,87 (0,64-1,17)	1,12 (0,75-1,67)
Nordeste	462	267 (57,8)	1,16 (0,89-1,51)	1,25 (0,93-1,66)
Norte	200	115 (57,5)	1,04 (0,71-1,53)	1,22 (0,75-1,97)
Sudeste	135	61 (45,2)	0,67 (0,46-0,97)*	0,82 (0,55-1,23)
Sul	560	241 (43,0)	0,58 (0,47-0,71)*	0,83 (0,64-1,07)
Centro-Oeste	191	94 (49,2)	0,77 (0,47-1,25)	0,94 (0,57-1,56)
Porte do serviço				
Pequeno (<100)	107	43 (40,2)	0,54 (0,41-0,72)*	0,58 (0,37-0,92)*
Médio (101-500)	848	450 (53,1)	1,00 (0,83-1,21)	0,91 (0,69-1,19)
Grande (>500)	1 469	742 (50,5)	1,00	1,00
Porte do município				
> 400.000 ou capital	1 838	929 (50,5)	1,00	1,00
< 400.000	586	306 (52,2)	1,00 (0,85-1,17)	1,19 (0,95-1,51)
TOTAL	2 424	1 235 (50,9)	-	-

¹ Ajustadas segundo qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Serviços de porte médio associaram-se independentemente a menores chances de não adesão aos medicamentos, mesmo não tendo mostrado associações estatisticamente significativas nas análises brutas (Tabela 9).

Serviços de qualidade média e serviços do Nordeste associaram-se independentemente a maiores chances de não adesão aos medicamentos (Tabela 9).

Nas análises brutas, serviços de qualidade ruim associaram-se a menores chances de não adesão aos medicamentos. Já os serviços de pequeno porte associaram-se a maiores chances de não adesão aos medicamentos. Porém, essas associações não mantiveram significância nas análises ajustadas (Tabela 9).

Em análises ajustadas excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids (N=2.318), apenas os serviços do Nordeste associaram-se

independentemente à não adesão aos medicamentos (OR=1,79 IC 95% 1,33-2,41). As demais associações encontradas nas análises brutas perderam significância.

Tabela 9 - Associações entre não adesão aos medicamentos e características dos serviços - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESÃO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Qualidade				
Boa	1 751	571 (32,6)	1,00	1,00
Média	69	29 (42,0)	1,58 (1,19-2,12)*	1,64 (1,02-2,63)*
Ruim	498	142 (28,5)	0,69 (0,52-0,92)*	0,81 (0,58-1,13)
Não respondentes	106	28 (26,4)	0,76 (0,56-1,02)	0,87 (0,60-1,26)
Região				
São Paulo	386	117 (30,3)	1,00	1,00
Rio de Janeiro	490	137 (28,0)	0,79 (0,56-1,10)	1,07 (0,69-1,66)
Nordeste	462	185 (40,0)	1,58 (1,20-2,06)*	1,78 (1,32-2,39)*
Norte	200	75 (37,5)	1,14 (0,76-1,71)	1,66 (0,99-2,78)
Sudeste	135	42 (31,1)	0,92 (0,61-1,39)	1,07 (0,69-1,66)
Sul	560	156 (27,9)	0,98 (0,79-1,22)	1,05 (0,79-1,38)
Centro-Oeste	191	58 (30,4)	0,99 (0,58-1,67)	1,20 (0,69-2,07)
Porte do serviço				
Pequeno (<100)	107	34 (31,8)	1,33 (1,01-1,76)*	0,86 (0,54-1,39)
Médio (101-500)	848	261 (30,8)	0,85 (0,69-1,04)	0,75 (0,56-1,00)*
Grande (>500)	1 469	475 (32,3)	1,00	1,00
Porte do município				
> 400.000 ou capital	1 838	580 (31,6)	1,00	1,00
< 400.000	586	190 (32,4)	1,14 (0,96-1,36)	1,26 (0,98-1,62)
TOTAL	2 424	770 (31,8)	-	-

¹ Ajustadas segundo qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Serviços da região Nordeste e serviços localizados em municípios de pequeno porte associaram-se independentemente a maiores chances de não adesão à dose (Tabela 10). Resultados semelhantes foram obtidos em análises ajustadas excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids (N=2.318).

Tabela 10 - Associações entre não adesão à dose e características dos serviços - Brasil - 2010 - N=2.424

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESÃO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Qualidade				
Boa	1 751	357 (20,4)	1,00	1,00
Média	69	16 (23,2)	1,36 (0,98-1,89)	1,42 (0,82-2,44)
Ruim	498	82 (16,5)	0,78 (0,56-1,09)	0,86 (0,58-1,27)
Não respondentes	106	17 (16,0)	0,76 (0,53-1,08)	1,04 (0,67-1,61)
Região				
São Paulo	386	70 (18,1)	1,00	1,00
Rio de Janeiro	490	75 (15,3)	0,68 (0,44-1,03)	0,80 (0,47-1,36)
Nordeste	462	125 (27,1)	1,86 (1,38-2,52)*	2,09 (1,49-2,93)*
Norte	200	56 (28,0)	1,51 (0,97-2,34)	1,77 (0,99-3,18)
Sudeste	135	17 (12,6)	0,63 (0,36-1,09)	0,74 (0,41-1,32)
Sul	560	91 (16,3)	1,01 (0,78-1,30)	0,99 (0,72-1,37)
Centro-Oeste	191	38 (19,9)	1,30 (0,73-2,33)	1,54 (0,84-2,82)
Porte do serviço				
Pequeno (<100)	107	19 (17,8)	1,27 (0,92-1,76)	0,91 (0,53-1,59)
Médio (101-500)	848	177 (20,9)	1,16 (0,92-1,47)	1,03 (0,74-1,45)
Grande (>500)	1 469	276 (18,8)	1,00	1,00
Porte do município				
> 400.000 ou capital	1 838	346 (18,8)	1,00	1,00
< 400.000	586	126 (21,5)	1,28 (1,05-1,56)*	1,41 (1,05-1,89)*
TOTAL	2 424	472 (19,5)	-	-

¹ Ajustadas segundo qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

4.2. Atividades de adesão conduzidas nos serviços

4.2.1. Descrição das atividades realizadas

Dos 55 serviços que participaram do Projeto AVANT, 53 (96,4%) responderam ao Questionário de Atividades de Adesão. Os outros dois serviços não foram convidados a responder ao questionário, pois foram incluídos posteriormente no estudo. Os serviços não respondentes localizam-se na região Sul e têm em torno de 19% dos participantes dessa região incluídos no estudo (N=105). São serviços de porte médio, pertencentes a grupos de qualidade boa (Grupo 2) e ruim (Grupo 5), localizados em municípios de grande porte.

Dentre os serviços respondentes, todos possuem pelo menos um médico. A maioria possui pelo menos um profissional das demais categorias que compõem a

equipe multiprofissional mínima preconizada para o atendimento nos serviços de assistência ao HIV/aids¹¹⁴, havendo menor proporção de serviços que possuem dentista. Um total de 4 (7,5%) serviços não possuem farmacêutico, 4 (7,5%) não possuem auxiliar ou técnico de enfermagem, 9 (17,0%) não possuem assistente social e 10 (18,9%) não possuem psicólogo. Um total de 4 (7,5%) serviços não possuem psicólogo ou assistente social (Tabela 11).

Tabela 11 - Composição da equipe de saúde nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	SERVIÇOS
	n (%)
Possuem pelo menos um profissional	
Médico	53 (100,0)
Enfermeiro	51 (96,2)
Farmacêutico	49 (92,5)
Técnico ou Auxiliar de enfermagem	49 (92,5)
Assistente Social	44 (83,0)
Psicólogo	43 (81,1)
Dentista	30 (56,6)
Psicólogo ou Assistente Social	49 (92,5)

Do total de 53 serviços, 45 (84,9 %) realizam monitoramento da adesão. Dentre as formas de monitoramento utilizadas, predominam: em primeiro lugar, o monitoramento do comparecimento às consultas, realizado predominantemente pelos médicos; em segundo lugar, o monitoramento da retirada da medicação na farmácia (Tabela 12).

Tabela 12 - Estratégias de monitoramento da adesão conduzidas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
De que forma o monitoramento da adesão é realizado			
Comparecimento às consultas	45	84,9	100,0
Comparecimento à unidade para realização de exames	25	47,2	55,6
Retirada da medicação na farmácia	39	73,6	86,7
SICLOM	23	43,4	51,1
Planilhas para investigar a adesão	9	17,0	20,0
Profissionais que monitoram a adesão por meio do comparecimento às consultas			
Médicos	44	83,0	97,8
Enfermeiros	24	45,3	53,3
Psicólogos	16	30,2	35,6
Assistentes sociais	16	30,2	35,6
Farmacêuticos	23	43,4	51,1
TOTAL MONITORAMENTO	45	84,9	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que realizam monitoramento

Nota-se que menos da metade dos serviços utilizam os dados do SICLOM para o monitoramento da adesão, embora a maioria (94,3%) tenha o SICLOM implantado (Tabela 13).

Tabela 13 - Implantação do SICLOM nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS	
	N	%
SICLOM implantado		
Módulo gerencial	11	20,8
Módulo operacional	18	34,0
Ambos os módulos	21	39,6
Não	3	5,7
TOTAL	53	100,0

Em todos os serviços participantes, os profissionais realizam investigação da adesão dos pacientes nas consultas. A investigação ocorre predominantemente por meio de questionamento sobre o uso correto dos medicamentos, checagem de dificuldades na tomada e resultados de exames (Tabela 14).

Tabela 14 - Estratégias de investigação da adesão conduzidas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS	
	N	%
De que forma a adesão é investigada		
Questionamento sobre uso correto	50	94,3
Checagem de dificuldades - efeitos colaterais e posologia	50	94,3
Checagem de dificuldades - dia a dia	45	84,9
Recordatório detalhado	29	54,7
Oscilações de exames CD4+ e carga viral	50	94,3
Anotações do paciente; diário	12	22,6
Questionário	9	17,0
Contagem de pílulas	20	37,7
TOTAL	53	100,0

Na maioria dos serviços, o questionamento sobre uso correto dos medicamentos não ocorre de modo padronizado. Dentre os serviços que investigam a adesão por meio de questionários e contagem de pílulas, a maioria utiliza esses instrumentos apenas ocasionalmente (Tabela 15). Os serviços que utilizam questionário informam que sua aplicação ocorre no início ou na troca de terapia, ou em casos de pacientes com dificuldades de adesão. Os serviços que utilizam contagem de pílulas reportam o uso do instrumento em casos de pacientes que apresentam: dificuldades de compreensão em relação à prescrição; irregularidades nas tomadas ou na retirada dos medicamentos; dificuldades de adesão; faltas nas consultas; ou quando o médico acha que o paciente não está aderindo ao tratamento.

Tabela 15 - Detalhamento das estratégias de investigação da adesão conduzidas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
De que forma a adesão é investigada			
Questionamento sobre uso correto			
De modo uniforme	13	24,5	26,0
Cada profissional pergunta de uma maneira	38	71,7	76,0
<i>Missing</i>	10	18,9	20,0
TOTAL QUESTIONAMENTO SOBRE USO CORRETO	50	94,3	100,0
Questionário			
Sempre	3	5,7	33,3
Ocasionalmente	5	9,4	55,6
<i>Missing</i>	1	1,9	11,1
TOTAL QUESTIONÁRIO	9	17,0	100,0
Contagem de pílulas			
No retorno de cada atendimento	3	5,7	15,0
Ocasionalmente	13	24,5	65,0
<i>Missing</i>	4	7,5	20,0
TOTAL CONTAGEM DE PÍLULAS	20	37,7	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que utilizam as estratégias de investigação da adesão

As diversas formas de investigação são conduzidas predominantemente durante as consultas médicas, com exceção do uso de questionário e contagem de pílulas, aplicados majoritariamente por outros profissionais (Tabela 16).

Tabela 16 - Estratégias de investigação da adesão utilizadas por diferentes profissionais - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
De que forma a adesão é investigada			
Checagem de dificuldades - efeitos colaterais e posologia			
Médicos	47	88,7	94,0
Enfermeiros	33	62,3	66,0
Psicólogos	14	26,4	28,0
Assistentes sociais	7	13,2	14,0
Farmacêuticos	20	37,7	40,0
TOTAL CHECAGEM DE DIFICULDADES - EFEITOS COLATERAIS E POSOLOGIA	50	94,3	100,0
Checagem de dificuldades - dia a dia			
Médicos	42	79,2	93,3
Enfermeiros	25	47,2	55,6
Psicólogos	17	32,1	37,8
Assistentes sociais	14	26,4	31,1
Farmacêuticos	13	24,5	28,9
TOTAL CHECAGEM DE DIFICULDADES - DIA A DIA	45	84,9	100,0
Recordatório detalhado			
Médicos	21	39,6	72,4
Enfermeiros	17	32,1	58,6
Psicólogos	8	15,1	27,6
Assistentes sociais	6	11,3	20,7
Farmacêuticos	10	18,9	34,5
TOTAL RECORDATÓRIO DETALHADO	29	54,7	100,0
Oscilações de exames CD4+ e carga viral			
Médicos	49	92,5	98,0
Enfermeiros	26	49,1	52,0
Psicólogos	6	11,3	12,0
Assistentes sociais	4	7,5	8,0
Farmacêuticos	9	17,0	18,0
TOTAL OSCILAÇÕES DE EXAMES CD4+ E CARGA VIRAL	50	94,3	100,0
Anotações do paciente; diário			
Médicos	8	15,1	66,7
Enfermeiros	6	11,3	50,0
Psicólogos	1	1,9	8,3
Assistentes sociais	0	0,0	0,0
Farmacêuticos	4	7,5	33,3
TOTAL ANOTAÇÕES DO PACIENTE; DIÁRIO	12	22,6	100,0
Questionário			
Médicos	1	1,9	11,1
Enfermeiros	4	7,5	44,4
Psicólogos	3	5,7	33,3
Assistentes sociais	3	5,7	33,3
Farmacêuticos	2	3,8	22,2
TOTAL QUESTIONÁRIO	9	17,0	100,0
Contagem de pílulas			
Médicos	2	3,8	10,0
Enfermeiros	6	11,3	30,0
Psicólogos	0	0,0	0,0
Assistentes sociais	0	0,0	0,0
Farmacêuticos	8	15,1	40,0
TOTAL CONTAGEM DE PÍLULAS	20	37,7	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que utilizam as estratégias de investigação da adesão

De modo geral, a adesão é investigada majoritariamente pelos médicos, seguidos dos enfermeiros, embora na maioria dos serviços os demais profissionais também realizem investigação da adesão durante as consultas (Tabela 17).

Tabela 17 - Profissionais que realizam investigação da adesão nas consultas - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Em que momento a adesão é investigada			
Na consulta dos médicos	52	98,1	100,0
Na consulta dos enfermeiros	40	75,5	76,9
Na consulta dos psicólogos	32	60,4	61,5
Na consulta dos assistentes sociais	33	62,3	63,5
Na consulta dos farmacêuticos	32	60,4	61,5
TOTAL INVESTIGAÇÃO NAS CONSULTAS DE DIFERENTES PROFISSIONAIS	52	98,1	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que reportam investigação da adesão nas consultas de diferentes profissionais

Entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos, predomina a investigação da adesão em todas as consultas e, entre psicólogos e assistentes sociais, quando o profissional acha que o paciente não está aderindo ao tratamento (Tabela 18).

Tabela 18 - Critérios para investigar a adesão adotados por diferentes profissionais - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Em que momento a adesão é investigada			
Na consulta dos médicos			
Sempre	39	73,6	75,0
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	17	32,1	32,7
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	17	32,1	32,7
Apenas quando há alteração da carga viral ²	6	11,3	11,5
Nunca	0	0,0	0,0
TOTAL CONSULTA DOS MÉDICOS	52	98,1	100,0
Na consulta dos enfermeiros			
Sempre	25	47,2	62,5
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	17	32,1	42,5
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	10	18,9	25,0
Apenas quando há alteração da carga viral ²	4	7,5	10,0
Nunca	0	0,0	0,0
TOTAL CONSULTA DOS ENFERMEIROS	40	75,5	100,0
Na consulta dos psicólogos			
Sempre	11	20,8	34,4
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	16	30,2	50,0
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	5	9,4	15,6
Apenas quando há alteração da carga viral ²	2	3,8	6,3
Nunca	1	1,9	3,1
TOTAL CONSULTA DOS PSICÓLOGOS	32	60,4	100,0
Na consulta dos assistentes sociais			
Sempre	10	18,9	30,3
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	18	34,0	54,5
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	5	9,4	15,2
Apenas quando há alteração da carga viral ²	2	3,8	6,1
Nunca	1	1,9	3,0
TOTAL CONSULTA DOS ASSISTENTES SOCIAIS	33	62,3	100,0
Na consulta dos farmacêuticos			
Sempre	21	39,6	65,6
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	11	20,8	34,4
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	2	3,8	6,3
Apenas quando há alteração da carga viral ²	2	3,8	6,3
Nunca	1	1,9	3,1
TOTAL CONSULTA DOS FARMACÊUTICOS	32	60,4	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que reportam investigação da adesão nas consultas dos profissionais

² Obs.: Os serviços que selecionaram essa alternativa também selecionaram outras alternativas

Dos 53 serviços, 35 (66,0%) realizam atividades individuais para promover a adesão. As atividades são conduzidas por diferentes profissionais, com predomínio de médicos e, em segundo lugar, de enfermeiros (Tabela 19).

Tabela 19 - Profissionais que conduzem atividades individuais de apoio à adesão - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Quais profissionais conduzem as atividades			
Médicos	30	56,6	85,7
Enfermeiros	22	41,5	62,9
Psicólogos	16	30,2	45,7
Assistentes sociais	18	34,0	51,4
Farmacêuticos	19	35,8	54,3
Técnicos de enfermagem	12	22,6	34,3
Auxiliares de enfermagem	4	7,5	11,4
TOTAL ATIVIDADES INDIVIDUAIS	35	66,0	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que realizam atividades individuais

Nota-se que as atividades individuais são conduzidas predominantemente durante as consultas de rotina dos diferentes profissionais (Tabela 20).

Tabela 20 - Momento em que as atividades individuais de apoio à adesão são realizadas - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Quais profissionais conduzem as atividades			
Médicos			
Durante a consulta de rotina	28	52,8	93,3
Fora da consulta de rotina	2	3,8	6,7
TOTAL MÉDICOS	30	56,6	100,0
Enfermeiros			
Durante a consulta de rotina	20	37,7	90,9
Fora da consulta de rotina	2	3,8	9,1
TOTAL ENFERMEIROS	22	41,5	100,0
Psicólogos			
Durante a consulta de rotina	14	26,4	87,5
Fora da consulta de rotina	2	3,8	12,5
TOTAL PSICÓLOGOS	16	30,2	100,0
Assistentes sociais			
Durante a consulta de rotina	15	28,3	83,3
Fora da consulta de rotina	3	5,7	16,7
TOTAL ASSISTENTES SOCIAIS	18	34,0	100,0
Farmacêuticos			
Durante a consulta de rotina	15	28,3	78,9
Fora da consulta de rotina	4	7,5	21,1
TOTAL FARMACÊUTICOS	19	35,8	100,0
Técnicos de enfermagem			
Durante a consulta de rotina	9	17,0	75,0
Fora da consulta de rotina	3	5,7	25,0
TOTAL TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	12	22,6	100,0
Auxiliares de enfermagem			
Durante a consulta de rotina	4	7,5	100,0
Fora da consulta de rotina	0	0,0	0,0
TOTAL AUXILIARES DE ENFERMAGEM	4	7,5	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços em que os profissionais conduzem atividades individuais

Atividades coletivas de adesão são realizadas em 31 (58,5%) serviços. Os tipos de atividades mais frequentes são os grupos de adesão, seguidos de atividades em sala de espera e palestras (Tabela 21).

Tabela 21 - Atividades coletivas de apoio à adesão conduzidas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Tipo de atividades coletivas			
Grupos de adesão	21	39,6	67,7
Grupos de mulheres	3	5,7	9,7
Grupos de familiares	3	5,7	9,7
Grupos de arte	4	7,5	12,9
Palestras	9	17,0	29,0
Sala de espera	11	20,8	35,5
Grupos de auto-ajuda	4	7,5	12,9
Café da manhã	4	7,5	12,9
Chás	1	1,9	3,2
TOTAL ATIVIDADES COLETIVAS	31	58,5	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que realizam atividades coletivas

Um total de 24 (45,3%) serviços desenvolvem atividades de adesão para populações específicas, em sua maioria dirigidas para gestantes e pacientes em início de terapia (Tabela 22).

Tabela 22 - Atividades de apoio à adesão voltadas para populações específicas - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Para quais populações as atividades são dirigidas			
Baixa escolaridade	2	3,8	8,3
Portadores de lipodistrofia	6	11,3	25,0
Gestantes	18	34,0	75,0
Usuários de drogas ilícitas	5	9,4	20,8
Usuários de álcool	5	9,4	20,8
Profissionais do sexo	6	11,3	25,0
Familiares	7	13,2	29,2
Pacientes em início de terapia	16	30,2	66,7
TOTAL ATIVIDADES PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS	24	45,3	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que realizam atividades para populações específicas

Folhetos e outros tipos de materiais são utilizados por 34 (64,2%) serviços, durante as atividades (Tabela 23).

Tabela 23 - Materiais utilizados nas atividades de apoio à adesão - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Tipos de materiais utilizados			
Planilhas	4	7,5	11,8
Audio-visual	17	32,1	50,0
Folhetos	29	54,7	85,3
Frascos de medicamentos; comprimidos avulsos	16	30,2	47,1
Fotos; revistas	18	34,0	52,9
TOTAL UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS	34	64,2	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que utilizam materiais nas atividades

Na maior parte das vezes, as atividades de adesão são elaboradas pelos profissionais do serviço, com base em sua experiência prática e nas recomendações propostas pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS. Um total de 10 (18,9%) serviços não realizam atividades de adesão (Tabela 24).

Tabela 24 - Elaboração das atividades de adesão conduzidas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
As atividades de adesão foram predominantemente elaboradas por			
Profissionais	32	60,4	65,3
Gerente	7	13,2	14,3
ONGs	0	0,0	0,0
Não há atividades de adesão	10	18,9	20,4
TOTAL ELABORAÇÃO DAS ATIVIDADES	49	92,5	100,0
O trabalho em adesão é predominantemente baseado em			
Recomendações do D-DST-AIDS-HV/SVS/MS	26	49,1	54,2
Recomendações do Programa Estadual	4	7,5	8,3
Recomendações do Programa Municipal	3	5,7	6,3
Experiência prática dos profissionais	15	28,3	31,3
Referenciais teóricos da literatura	0	0,0	0,0
TOTAL REFERÊNCIAS PARA ELABORAÇÃO DAS ATIVIDADES	48	90,6	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que reportam elaboração das atividades e uso de referências

Dos 53 serviços, 27 (50,9%) oferecem capacitação em adesão aos profissionais e 40 (75,5%) disponibilizam material sobre adesão para consulta (Tabela 25).

Tabela 25 - Capacitação e referências sobre adesão disponíveis para os profissionais - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS	
	N	%
Capacitação prévia dos profissionais		
Sim, a maioria	15	28,3
Sim, a minoria	12	22,6
Não	26	49,1
Existe material para consulta dos profissionais		
Sim, mas não existe espaço físico reservado para consulta ao material	17	32,1
Sim. O material está disponível em sala de leitura ou equivalente	23	43,4
Não há materiais para consulta	13	24,5
TOTAL	53	100,0

Os materiais disponíveis para consulta são elaborados predominantemente pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, seguidos da indústria farmacêutica e dos Programas Estaduais de DST/aids (Tabela 26).

Tabela 26 - Fonte das referências em adesão disponibilizadas nos serviços - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
O material para consulta foi elaborado por			
D-DST-AIDS-HV/SVS/MS	33	62,3	82,5
Programa Estadual	20	37,7	50,0
Programa Municipal	6	11,3	15,0
Serviço	9	17,0	22,5
Indústria farmacêutica	24	45,3	60,0
Reproduzido de publicações da literatura	10	18,9	25,0
TOTAL MATERIAL DISPONÍVEL PARA CONSULTA	40	75,5	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que disponibilizam materiais para a consulta

Apenas 15 (28,3%) serviços estabelecem parceria com ONGs para promover a adesão, o que em geral consiste no encaminhamento de pacientes para a ONG (Tabela 27).

Tabela 27 - Formas de parceria com ONGs para promover a adesão -
Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	SERVIÇOS		
	N	% Total	% Parcial ¹
Formas de parceria com ONGs			
A ONG atua dentro do serviço	4	7,5	26,7
Através de encaminhamento para ONG	12	22,6	80,0
<i>Missing</i>	1	1,9	6,7
TOTAL PARCERIA COM ONGs	15	28,3	100,0
TOTAL	53	100,0	-

¹ Porcentagem entre os serviços que estabelecem parceria com ONGs

4.2.2. Avaliação do desempenho dos serviços

O Quadro 5 apresenta os itens selecionados para compor a avaliação do desempenho dos serviços segundo domínios avaliativos.

Quadro 5 - Atividades de adesão que compuseram a avaliação do desempenho dos serviços

DOMÍNIOS AVALIATIVOS	ATIVIDADES DE ADESÃO
Monitoramento (5 itens)	De que forma o monitoramento da adesão é realizado? 1. Comparecimento às consultas 2. Comparecimento à unidade para realização de exames 3. Retirada da medicação na farmácia 4. SICLOM 5. Planilhas para investigar a adesão
Investigação (8 itens)	De que forma a adesão é investigada? 1. Questionamento sobre uso correto dos medicamentos 2. Checagem de dificuldades - efeitos colaterais e posologia 3. Checagem de dificuldades - dia a dia 4. Recordatório detalhado 5. Oscilações de exames CD4+ e carga viral 6. Anotações do paciente; diário 7. Questionário 8. Contagem de pílulas
Cuidado multidisciplinar (9 itens)	Em que momento a adesão é investigada? 1. Na consulta dos médicos 2. Na consulta dos enfermeiros 3. Na consulta dos psicólogos OU assistentes sociais ¹ 4. Na consulta dos farmacêuticos
	Quais profissionais conduzem as atividades individuais de apoio à adesão? 5. Médicos 6. Enfermeiros 7. Psicólogos OU assistentes sociais ¹ 8. Farmacêuticos 9. Técnicos de enfermagem OU auxiliares de enfermagem ²
Grupo e populações específicas (9 itens)	1. Atividades coletivas de apoio à adesão
	Atividades voltadas para populações específicas: 2. Baixa escolaridade 3. Portadores de lipodistrofia 4. Gestantes 5. Usuários de drogas ilícitas 6. Usuários de álcool 7. Profissionais do sexo 8. Familiares 9. Pacientes em início de terapia
Capacitação e referências (3 itens)	1. Capacitação prévia dos profissionais em adesão 2. Material sobre adesão disponível para consulta 3. Parceria com ONGs para promover a adesão

¹ Atividades realizadas por psicólogos e assistentes sociais foram analisadas conjuntamente

² Atividades realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem foram analisadas conjuntamente

A análise de agrupamentos, segundo a pontuação obtida pelos serviços para as atividades de adesão realizadas, resultou na classificação dos serviços em dois grupos: o

Grupo 1 incluiu 26 (49,1%) serviços; e o Grupo 2, 27 (50,9%) serviços. O Grupo 1 mostrou melhor desempenho em todos os domínios avaliativos analisados (Tabela 28).

Os totais de pontuação obtidos pelo conjunto de serviços, segundo valores de média e mediana, foram abaixo de 50%. Os valores totais obtidos para cada domínio foram em torno de 50% e 60%, com exceção de “Grupo e populações específicas”, para o qual o desempenho dos serviços foi inferior em relação aos demais domínios (Tabela 28).

Tabela 28 - Comparação do desempenho entre grupos de serviços resultantes da análise de agrupamentos, segundo atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=53

DOMÍNIOS AVALIATIVOS	DESEMPENHO (ATIVIDADES DE ADESÃO)	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	p ¹
Monitoramento	Grupo 1	26	66,92	19,55	70,00	0,00	100,00	<0,001
	Grupo 2	27	40,00	31,38	40,00	0,00	100,00	
	TOTAL	53	53,21	29,34	60,00	0,00	100,00	
Investigação	Grupo 1	26	75,96	14,11	75,00	50,00	100,00	<0,001
	Grupo 2	27	49,54	17,50	50,00	0,00	75,00	
	TOTAL	53	62,50	20,66	62,50	0,00	100,00	
Cuidado multidisciplinar	Grupo 1	26	75,64	19,38	77,78	44,44	100,00	<0,001
	Grupo 2	27	38,68	19,09	44,44	0,00	66,67	
	TOTAL	53	56,81	26,66	55,56	0,00	100,00	
Grupo e populações específicas	Grupo 1	26	32,48	26,28	27,78	0,00	100,00	<0,001
	Grupo 2	27	8,23	12,93	0,00	0,00	55,56	
	TOTAL	53	20,13	23,78	11,11	0,00	100,00	
Capacitação e referências	Grupo 1	26	74,36	19,57	66,67	33,33	100,00	<0,001
	Grupo 2	27	29,63	28,24	33,33	0,00	100,00	
	TOTAL	53	51,57	33,05	66,67	0,00	100,00	
TOTAL	Grupo 1	26	62,90	10,49	63,24	44,12	79,41	<0,001
	Grupo 2	27	32,57	10,91	35,29	2,94	52,94	
	TOTAL	53	47,45	18,62	44,12	2,94	79,41	

¹ Teste t-Student

4.2.3. Correlações entre tipos de atividades realizadas

Segundo as correlações obtidas para os diferentes pares de domínios, os serviços que realizam mais atividades em um domínio também tendem a realizar mais atividades nos demais domínios. Apenas para o par “Monitoramento” e “Capacitação e

referências”, a correlação obtida, embora positiva, não foi estatisticamente significativa (Tabela 29).

Tabela 29 - Correlações entre domínios avaliativos, segundo atividades de adesão realizadas - Brasil - 2010 - N=53

DOMÍNIOS AVALIATIVOS	MONITORAMENTO	INVESTIGAÇÃO	CUIDADO MULTIDISCIPLINAR	GRUPO E POPULAÇÕES ESPECÍFICAS
	r^1	r^1	r^1	r^1
Investigação	0,524*	-	-	-
Cuidado multidisciplinar	0,312*	0,621*	-	-
Grupo e populações específicas	0,298*	0,337*	0,368*	-
Capacitação e referências	0,104	0,446*	0,523*	0,457*

¹ Correlação de Pearson

* $p < 0,05$

4.2.4. Associações entre atividades de adesão e outras características dos serviços

O desempenho dos serviços, segundo as atividades de adesão realizadas, não mostrou associações com as demais características dos serviços (Tabela 30). Nas análises excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids, a qualidade também não se associou ao desempenho segundo atividades de adesão ($p=0,080$).

Tabela 30 - Associações entre desempenho, segundo atividades de adesão realizadas, e outras características dos serviços - Brasil - 2010 - N=53

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	DESEMPENHO (ATIVIDADES DE ADESAO)		P
		Melhor (Grupo 1)	Pior (Grupo 2)	
	N	n (%)	n (%)	
Qualidade				0,063 ¹
Boa	30	17 (56,7)	13 (43,3)	
Média	4	2 (50,0)	2 (50,0)	
Ruim	14	3 (21,4)	11 (78,6)	
Não respondentes	5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Região				0,689 ¹
São Paulo	9	4 (44,4)	5 (55,6)	
Rio de Janeiro	8	3 (37,5)	5 (62,5)	
Nordeste	8	5 (62,5)	3 (37,5)	
Norte	5	1 (20,0)	4 (80,0)	
Sudeste	5	3 (60,0)	2 (40,0)	
Sul	12	6 (50,0)	6 (50,0)	
Centro-Oeste	6	4 (66,7)	2 (33,3)	
Porte do serviço				0,271 ¹
Pequeno (<100)	13	7 (53,8)	6 (46,2)	
Médio (101-500)	22	8 (36,4)	14 (63,6)	
Grande (>500)	18	11 (61,1)	7 (38,9)	
Porte do município				0,901 ²
> 400.000 ou capital	24	12 (50,0)	12 (50,0)	
< 400.000	29	14 (48,3)	15 (51,7)	
TOTAL	53	26 (49,1)	27 (50,9)	

¹ Teste da Razão de Verossimilhanças

² Teste Qui-quadrado

Associações entre a qualidade dos serviços e o desempenho, segundo atividades de adesão, foram encontradas na análise das médias de pontuação obtidas pelos serviços no Questionário Qualiaids. O grupo de melhor desempenho obteve maiores valores de pontuação geral no Qualiaids e por dimensão de qualidade; inclusive para a média nova de assistência, da qual foram excluídas questões sobre atividades de adesão. Apenas para a média de recursos, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de melhor e pior desempenho, segundo atividades de adesão (Tabela 31).

Tabela 31 - Comparação das médias de pontuação obtidas no Questionário Qualiaids entre grupos de serviços de melhor e pior desempenho, segundo atividades de adesão - Brasil - 2010 - N= 48

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	DESEMPENHO (ATIVIDADES DE ADEÇÃO)	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	P ¹
Média Geral	Melhor	22	1,37	0,16	1,38	1,08	1,65	0,005
	Pior	26	1,21	0,20	1,24	0,78	1,72	
	TOTAL	48	1,28	0,20	1,27	0,78	1,72	
Média Recursos	Melhor	22	1,41	0,14	1,39	1,18	1,73	0,072
	Pior	26	1,31	0,21	1,32	0,95	1,68	
	TOTAL	48	1,36	0,19	1,36	0,95	1,73	
Média Assistência	Melhor	22	1,36	0,20	1,35	0,91	1,63	0,008
	Pior	26	1,19	0,23	1,16	0,72	1,79	
	TOTAL	48	1,27	0,23	1,23	0,72	1,79	
Média Gerência	Melhor	22	1,34	0,24	1,35	0,94	1,71	0,024
	Pior	26	1,17	0,27	1,27	0,58	1,65	
	TOTAL	48	1,25	0,27	1,29	0,58	1,71	
Nova Média Assistência	Melhor	22	1,36	0,20	1,37	0,88	1,61	0,013
	Pior	26	1,20	0,23	1,17	0,71	1,78	
	TOTAL	48	1,27	0,23	1,23	0,71	1,78	

¹ Teste t-Student

As características dos serviços mostraram associações com diferentes atividades de adesão. Uma maior proporção de serviços de boa qualidade apresentou: investigação da adesão por enfermeiros e atividades específicas voltadas para familiares. Maior proporção de serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids apresentou: monitoramento da adesão por meio do SICLOM; investigação da adesão por meio de questionário; atividades individuais conduzidas por médicos; e atividades específicas voltadas para gestantes (Tabela 32).

Tabela 32 - Associações entre atividades de adesão e qualidade - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	TOTAL	QUALIDADE				p ¹
		Boa	Média	Ruim	Não respondentes	
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Monitoramento por meio do SICLOM						0,025
Sim	23	11 (36,7)	2 (50,0)	5 (35,7)	5 (100,0)	
Não	30	19 (63,3)	2 (50,0)	9 (64,3)	0 (0,0)	
Investigação por meio de questionário						0,018
Sim	9	5 (16,7)	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	
Não	44	25 (83,3)	3 (75,0)	14 (100,0)	2 (40,0)	
Investigação na consulta dos enfermeiros						0,007
Sim	40	27 (90,0)	2 (50,0)	10 (71,4)	1 (20,0)	
Não	13	3 (10,0)	2 (50,0)	4 (28,6)	4 (80,0)	
Atividades individuais conduzidas por médicos						0,039
Sim	30	18 (60,0)	2 (50,0)	5 (35,7)	5 (100,0)	
Não	23	12 (40,0)	2 (50,0)	9 (64,3)	0 (0,0)	
Atividades específicas voltadas para gestantes						0,034
Sim	18	13 (43,3)	0 (0,0)	2 (14,3)	3 (60,0)	
Não	35	17 (56,7)	4 (100,0)	12 (85,7)	2 (40,0)	
Atividades específicas voltadas para familiares						0,032
Sim	7	7 (23,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	46	23 (76,7)	4 (100,0)	14 (100,0)	5 (100,0)	
TOTAL	53	30 (100,0)	4 (100,0)	14 (100,0)	5 (100,0)	-

¹ Teste da Razão de Verossimilhanças

Nas análises excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids, os serviços de boa qualidade apresentaram associações com: atividades individuais conduzidas por psicólogos ou assistentes sociais; atividades específicas voltadas para gestantes, profissionais do sexo e familiares; e estabelecimento de parcerias com ONGs (Tabela 33).

Tabela 33 - Associações entre atividades de adesão e qualidade, sem os serviços não respondentes - Brasil - 2010 - N=48

ATIVIDADES	TOTAL	QUALIDADE			P ¹
		Boa	Média	Ruim	
	N	n (%)	n (%)	n (%)	
Atividades individuais conduzidas por psicólogos ou assistentes sociais					0,034
Sim	22	18 (60,0)	1 (25,0)	3 (21,4)	
Não	26	12 (40,0)	3 (75,0)	11 (78,6)	
Atividades específicas voltadas para gestantes					0,029
Sim	15	13 (43,3)	0 (0,0)	2 (14,3)	
Não	33	17 (56,7)	4 (100,0)	12 (85,7)	
Atividades específicas voltadas para profissionais do sexo					0,046
Sim	6	6 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	42	24 (80,0)	4 (100,0)	14 (100,0)	
Atividades específicas voltadas para familiares					0,026
Sim	7	7 (23,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	41	23 (76,7)	4 (100,0)	14 (100,0)	
Parceria com ONGs					0,048
Sim	14	12 (40,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	
Não	34	18 (60,0)	4 (100,0)	12 (85,7)	
TOTAL	48	30 (100,0)	4 (100,0)	14 (100,0)	-

¹ Teste da Razão de Verossimilhanças

Maior proporção de serviços da região Nordeste apresentou atividades individuais conduzidas por psicólogos ou assistentes sociais. Maior proporção de serviços do Centro-Oeste apresentou capacitação dos profissionais em adesão. Maior proporção de serviços do Sul apresentou disponibilização de materiais para consulta sobre adesão (Tabela 34).

Tabela 34 - Associações entre atividades de adesão e região - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	TOTAL		REGIÃO								p ¹
			SP	RJ	NE	N	SE	S	CO		
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Atividades individuais conduzidas por psicólogos ou assistentes sociais											
Sim	25	6 (66,7)	2 (25,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	4 (33,3)	4 (66,7)		0,027	
Não	28	3 (33,3)	6 (75,0)	2 (25,0)	5 (100,0)	2 (40,0)	8 (66,7)	2 (33,3)			
Capacitação prévia dos profissionais											
Sim	27	4 (44,4)	4 (50,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	1 (20,0)	8 (66,7)	5 (83,3)		0,033	
Não	26	5 (55,6)	4 (50,0)	3 (37,5)	5 (100,0)	4 (80,0)	4 (33,3)	1 (16,7)			
Disponibilidade de materiais para consulta dos profissionais											
Sim	40	8 (88,9)	6 (75,0)	4 (50,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	12 (100,0)	5 (83,3)		0,032	
Não	13	1 (11,1)	2 (25,0)	4 (50,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	1 (16,7)			
TOTAL	53	9 (100,0)	8 (100,0)	8 (100,0)	5 (100,0)	5 (100,0)	12 (100,0)	6 (100,0)		-	

¹ Teste da Razão de Verossimilhanças

Maior proporção de serviços de pequeno porte apresentou: monitoramento do comparecimento à unidade para a realização de exames; monitoramento da retirada de medicação da farmácia; investigação da adesão por meio de contagem de pílulas; e atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Maior proporção de serviços de grande porte apresentou: monitoramento da adesão por meio de planilhas e atividades coletivas de apoio à adesão. Uma menor proporção de serviços de porte médio apresentou: investigação da adesão por meio de diários e atividades específicas voltadas para profissionais do sexo (Tabela 35).

Tabela 35 - Associações entre atividades de adesão e porte do serviço - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	TOTAL	PORTE			P
		Pequeno	Médio	Grande	
		N	n (%)	n (%)	
Monitoramento do comparecimento à unidade para a realização de exames					0,010 ¹
Sim	25	10 (76,9)	11 (50,0)	4 (22,2)	
Não	28	3 (23,1)	11 (50,0)	14 (77,8)	
Monitoramento da retirada de medicação da farmácia					0,009 ²
Sim	39	13 (100,0)	14 (63,6)	12 (66,7)	
Não	14	0 (0,0)	8 (36,4)	6 (33,3)	
Monitoramento por meio de planilhas					0,048 ²
Sim	9	2 (15,4)	1 (4,5)	6 (33,3)	
Não	44	11 (84,6)	21 (95,5)	12 (66,7)	
Investigação por meio de diários					0,015 ²
Sim	12	4 (30,8)	1 (4,5)	7 (38,9)	
Não	41	9 (69,2)	21 (95,5)	11 (61,1)	
Investigação por meio de contagem de pílulas					0,003 ²
Sim	20	10 (76,9)	6 (27,3)	4 (22,2)	
Não	33	3 (23,1)	16 (72,7)	14 (77,8)	
Atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem					0,043 ²
Sim	12	6 (46,2)	2 (9,1)	4 (22,2)	
Não	41	7 (53,8)	20 (90,9)	14 (77,8)	
Atividades coletivas					0,024 ¹
Sim	31	7 (53,8)	9 (40,9)	15 (83,3)	
Não	22	6 (46,2)	13 (59,1)	3 (16,7)	
Atividades específicas voltadas para profissionais do sexo					0,027 ²
Sim	6	2 (15,4)	0 (0,0)	4 (22,2)	
Não	47	11 (84,6)	22 (100,0)	14 (77,8)	
TOTAL	53	13 (100,0)	22 (100,0)	18 (100,0)	-

¹ Teste Qui-quadrado

² Teste da Razão de Verossimilhanças

Maior proporção de serviços localizados em municípios de pequeno porte apresentou: monitoramento do comparecimento à unidade para a realização de exames; monitoramento da retirada de medicação da farmácia; investigação da adesão por meio de contagem de pílulas; e atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem (Tabela 36).

Tabela 36 - Associações entre atividades de adesão e porte do município - Brasil - 2010 - N=53

ATIVIDADES	TOTAL	PORTE DO MUNICÍPIO		p ¹
		< 400.000	> 400.000 ou capital	
		N	n (%)	
Monitoramento do comparecimento à unidade para a realização de exames				<0,001
Sim	25	20 (69,0)	5 (20,8)	
Não	28	9 (31,0)	19 (79,2)	
Monitoramento da retirada de medicação da farmácia				0,022
Sim	39	25 (86,2)	14 (58,3)	
Não	14	4 (13,8)	10 (41,7)	
Investigação por meio de contagem de pílulas				<0,001
Sim	20	18 (62,1)	2 (8,3)	
Não	33	11 (37,9)	22 (91,7)	
Atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem				0,024
Sim	12	10 (34,5)	2 (8,3)	
Não	41	19 (65,5)	22 (91,7)	
TOTAL	53	(100,0)	(100,0)	-

¹ Teste Qui-quadrado

4.2.5. Associações entre medidas de não adesão e atividades de adesão

Nas análises brutas, serviços de pior desempenho, segundo as atividades de adesão realizadas, mostraram menores chances de não adesão aos medicamentos e à dose. Porém, essas associações perderam significância nas análises ajustadas pelas demais características dos serviços (Tabelas 37, 38 e 39). Em análises ajustadas excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids (N=2.213), foram encontrados resultados semelhantes.

Tabela 37 - Associações entre não adesão ao horário e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=2.319

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Desempenho (Atividades de adesão)				
Melhor	1 139	590 (51,8)	1,00	1,00
Pior	1 180	603 (51,1)	1,10 (0,93-1,29)	1,15 (0,88-1,49)
TOTAL	2 319	1 193 (51,4)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

Tabela 38 - Associações entre não adesão aos medicamentos e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=2.319

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Desempenho (Atividades de adesão)				
Melhor	1 139	389 (34,2)	1,00	1,00
Pior	1 180	358 (30,3)	0,76 (0,63-0,90)*	0,86 (0,65-1,14)
TOTAL	2 319	747 (32,2)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Tabela 39 - Associações entre não adesão à dose e desempenho dos serviços, segundo atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=2.319

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Desempenho (Atividades de adesão)				
Melhor	1 139	240 (21,1)	1,00	1,00
Pior	1 180	218 (18,5)	0,83 (0,67-1,02)*	0,92 (0,67-1,26)
TOTAL	2 319	458 (19,7)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Em relação às associações entre não adesão e demais características dos serviços, a introdução do desempenho segundo atividades de adesão nos modelos de análise gerou resultados semelhantes aos já obtidos anteriormente. Apenas em relação à não adesão à dose, a introdução do desempenho segundo atividades de adesão levou à perda de significância da associação com os serviços localizados em municípios de

pequeno porte (OR=1,32 IC 95% 0,92-1,89). Nota-se que os participantes dos serviços de pequenos municípios estão mais concentrados em serviços de melhor desempenho, segundo as atividades de adesão realizadas (Tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição de participantes do estudo segundo desempenho (atividades de adesão) e porte do município - Brasil - 2010 - N=2.319

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	TOTAL N	DESEMPENHO (ATIVIDADES DE ADESÃO)	
		Melhor	Pior
		n (%)	n (%)
Porte do município			
> 400.000 ou capital	1 733	793 (45,8)	940 (54,2)
< 400.000	586	346 (59,0)	240 (41,0)
TOTAL	2 319	1 139 (49,1)	1 180 (50,9)

Em análises ajustadas, associaram-se a maiores chances de não adesão ao horário os serviços que realizam: monitoramento do comparecimento às consultas; monitoramento da adesão por meio do SICLOM; investigação da adesão por meio de questionário; atividades individuais conduzidas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem; atividades específicas voltadas para portadores de lipodistrofia, gestantes, usuários de drogas, usuários de álcool, profissionais do sexo, familiares, e pacientes em início de terapia. Os serviços que estabelecem parcerias com ONGs associaram-se a menores chances de não adesão ao horário (Tabela 41).

Os serviços que realizam atividades coletivas de adesão associaram-se a maiores chances de não adesão aos medicamentos e à dose (Tabelas 42 e 43). Os serviços que realizam investigação da adesão por meio de questionamento do uso correto dos medicamentos associaram-se a menores chances de não adesão à dose. Os serviços que realizam investigação por meio de contagem de pílulas associaram-se a maiores chances de não adesão à dose (Tabela 43).

Resultados semelhantes foram encontrados em análises ajustadas excluindo os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids (N=2.213), exceto em relação às associações da não adesão ao horário com investigação da adesão por meio de questionário (OR=0,82 IC 95% 0,57-1,16), atividades específicas voltadas para portadores de lipodistrofia (OR=1,03 IC 95% 0,60-1,76) e para pacientes em início de terapia (OR=0,83 IC 95% 0,60-1,13), as quais perderam significância.

Tabela 41 - Associações entre não adesão ao horário e atividades de adesão -
Brasil - 2010 - N=2.319

ATIVIDADES	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Monitoramento do comparecimento às consultas				
Sim	1 857	956 (51,5)	1,00	1,00
Não	462	237 (51,3)	0,89 (0,71-1,10)	0,70 (0,52-0,93)*
Monitoramento por meio do SICLOM				
Sim	663	329 (49,6)	1,00	1,00
Não	1 656	864 (52,2)	0,96 (0,82-1,13)	0,74 (0,59-0,92)*
Investigação por meio de questionário				
Sim	509	255 (50,1)	1,00	1,00
Não	1 810	938 (51,8)	1,27 (1,06-1,52)*	0,71 (0,53-0,95)*
Atividades individuais conduzidas por médicos				
Sim	1 488	763 (51,3)	1,00	1,00
Não	831	430 (51,7)	0,93 (0,79-1,11)	0,71 (0,56-0,91)*
Atividades individuais conduzidas por enfermeiros				
Sim	931	504 (54,1)	1,00	1,00
Não	1 388	689 (49,6)	0,79 (0,67-0,93)*	0,64 (0,51-0,81)*
Atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem				
Sim	338	179 (53,0)	1,00	1,00
Não	1 981	1 014 (51,2)	0,81 (0,68-0,96)*	0,61 (0,45-0,83)*
Atividades específicas voltadas para portadores de lipodistrofia				
Sim	189	91 (48,1)	1,00	1,00
Não	2 130	1 102 (51,7)	1,23 (0,96-1,58)	0,66 (0,45-0,98)*
Atividades específicas voltadas para gestantes				
Sim	986	527 (53,4)	1,00	1,00
Não	1 333	666 (50,0)	0,72 (0,61-0,85)*	0,60 (0,47-0,77)*
Atividades específicas voltadas para usuários de drogas				
Sim	356	190 (53,4)	1,00	1,00
Não	1 963	1 003 (51,1)	0,58 (0,43-0,77)*	0,55 (0,38-0,78)*
Atividades específicas voltadas para usuários de álcool				
Sim	356	190 (53,4)	1,00	1,00
Não	1 963	1 003 (51,1)	0,58 (0,43-0,77)*	0,55 (0,38-0,78)*
Atividades específicas voltadas para profissionais do sexo				
Sim	399	216 (54,1)	1,00	1,00
Não	1 920	977 (50,9)	0,58 (0,46-0,74)*	0,60 (0,45-0,78)*
Atividades específicas voltadas para familiares				
Sim	153	85 (55,6)	1,00	1,00
Não	2 166	1 108 (51,2)	0,58 (0,43-0,78)*	0,53 (0,36-0,78)*
Atividades específicas voltadas para pacientes em início de terapia				
Sim	611	325 (53,2)	1,00	1,00
Não	1 708	868 (50,8)	1,05 (0,85-1,29)	0,69 (0,52-0,91)*
Parceria com ONGs				
Sim	844	448 (53,1)	1,00	1,00
Não	1 475	745 (50,5)	0,86 (0,73-1,02)	1,52 (1,19-1,95)*
TOTAL	2 319	1 193 (51,4)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Tabela 42 - Associações entre não adesão aos medicamentos e atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=2.319

ATIVIDADES	TOTAL	RESPOSTAS DE	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
		NÃO ADESAO		
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Atividades coletivas				
Sim	1 595	527 (33,0)	1,00	1,00
Não	724	220 (30,4)	0,70 (0,58-0,84)*	0,68 (0,51-0,90)*
TOTAL	2 319	747 (32,2)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

Tabela 43 - Associações entre não adesão à dose e atividades de adesão - Brasil - 2010 - N=2.319

ATIVIDADES	TOTAL	RESPOSTAS DE	ANÁLISES BRUTAS	ANÁLISES AJUSTADAS ¹
		NÃO ADESAO		
	N	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Investigação por meio de questionamento sobre o uso correto				
Sim	2 155	415 (19,3)	1,00	1,00
Não	164	43 (26,2)	1,55 (1,04-2,30)*	1,96 (1,01-3,79)*
Investigação por meio de contagem de pílulas				
Sim	469	96 (20,5)	1,00	1,00
Não	1 850	362 (19,6)	0,80 (0,65-0,97)*	0,52 (0,31-0,87)*
Atividades coletivas				
Sim	1 595	311 (19,5)	1,00	1,00
Não	724	147 (20,3)	0,84 (0,67-1,04)	0,66 (0,48-0,91)*
TOTAL	2 319	458 (19,7)	-	-

¹ Ajustadas segundo desempenho (atividades de adesão), qualidade, região, porte do serviço e porte do município

* p<0,05

5. Discussão

Após o estudo conduzido pela Equipe Qualiaids em 2001¹⁰², este foi o primeiro estudo a estimar medidas nacionais de adesão à TARV. A proporção total de não adesão obtida no presente estudo (61,1% IC 95% 58,5-63,7) foi expressivamente maior do que a obtida no estudo anterior (24,9% IC 95% 23,0-26,9). Entretanto, houve importantes diferenças em relação aos métodos para medir a adesão adotados nos dois estudos. No estudo anterior, foram consideradas as doses (número de comprimidos) tomadas nos últimos três dias, segundo reportado a um entrevistador. No estudo atual, foi considerada a não adesão a três dimensões (horário, medicamentos e dose) nos últimos sete dias, segundo autorrelato utilizando o Questionário WebAd-Q.

A obtenção de uma maior proporção de não adesão no presente estudo era esperada, considerando as características do Questionário WebAd-Q, instrumento desenvolvido especificamente para o monitoramento rotineiro da adesão nos serviços de saúde. Enquanto ferramenta gerencial, é importante que o WebAd-Q abarque diferentes dimensões da adesão que podem impactar nos resultados do tratamento. Ressalta-se que o WebAd-Q foi validado em comparação a outras medidas de adesão (monitoramento eletrônico, contagem de pílulas, autorrelato a um entrevistador) e a medidas de carga viral.

Embora não seja propósito do presente estudo discorrer sobre os componentes do desenvolvimento e da validação do WebAd-Q, analisados extensivamente em trabalho anterior¹⁰⁷, vale destacar que todas as características do questionário foram pensadas para aumentar sua sensibilidade para detectar a não adesão, incluindo o fato de a resposta do paciente ser anônima e privada. Além disso, o período abordado nas

perguntas, referente aos últimos sete dias, garante a inclusão do fim de semana, em que a mudança de rotina frequentemente repercute na tomada dos medicamentos⁴¹.

Apesar das diferenças metodológicas entre os dois estudos, medidas de adesão mais próximas às do estudo anterior podem ser obtidas excluindo-se a dimensão do horário. Considerando apenas as dimensões dos medicamentos e da dose, a proporção total de não adesão do presente estudo (38,6%) permanece maior do que a do estudo anterior, porém essa diferença não é tão expressiva quanto a obtida pela comparação com a medida incluindo o horário. Vale destacar que, no presente estudo, não houve sobreposição entre as dimensões dos medicamentos e da dose; isto é, ambas contribuíram para aumentar a proporção total de não adesão.

Outros estudos brasileiros que mediram a adesão à TARV em adultos mostram uma grande variedade em relação às taxas de não adesão encontradas em diferentes locais do país. Rocha et al.¹¹⁵, em 2010, conduziram uma metanálise de estudos brasileiros publicados entre 2004 e 2009 e observaram que as taxas de não adesão variaram de 18% a 68,3%. A taxa síntese de não adesão da metanálise foi de 34,4%. Em estudos publicados mais recentemente¹¹⁶⁻¹³³, podem ser encontradas taxas de não adesão entre 10,7% e 86,0%. Em torno de um terço desses estudos apresentam taxas de não adesão superiores a 60%.

Os estudos brasileiros que mediram a adesão à TARV variam em relação a diferentes aspectos metodológicos, incluindo o desenho do estudo (transversal ou longitudinal), as populações estudadas (população geral, usuários de álcool e outras drogas, pacientes em início de terapia, homens, mulheres), as medidas de adesão utilizadas (autorrelatos, registros de farmácia, contagem de pílulas, registros em prontuário médico) e as definições de adesão adotadas (porcentagem das doses tomadas, tempo entre dispensações dos antirretrovirais, entre outras). Ainda que essa variação

difficilmente a comparação entre os diferentes estudos, é possível notar que a proporção total de não adesão encontrada no presente estudo está entre as taxas mais altas encontradas em estudos brasileiros. Vale destacar que nenhum dos estudos mencionados incluiu o horário da tomada dos medicamentos nas definições de adesão adotadas.

Para além da proporção total de não adesão obtida no presente estudo, é importante atentar para outras formas possíveis de analisar as respostas ao Questionário WebAd-Q. Segundo a escala de não adesão proposta neste estudo, a maior frequência de respostas ao Questionário WebAd-Q foi obtida na categoria “zero não adesão”, mostrando uma proporção importante (38,9% IC 95% 36,3-41,5) de pacientes que reportam adesão às três dimensões analisadas: horário, medicamentos e dose. Porém, a maioria dos participantes reportou não adesão a pelo menos uma das três dimensões analisadas. A não adesão ao horário foi maior do que às demais dimensões; portanto, o horário foi a dimensão que mais contribuiu para aumentar a proporção total de não adesão. Em torno da metade dos participantes do estudo reportaram não adesão ao horário.

Esses resultados sugerem a necessidade de uma especial atenção à dimensão do horário na promoção da adesão. As atividades de adesão devem envolver discussões com os pacientes sobre a importância da adesão ao horário, incluindo explicações detalhadas sobre o impacto dessa dimensão nos resultados do tratamento. Por exemplo, um estudo anterior mostrou melhora na adesão dos pacientes ao horário, a partir de uma intervenção utilizando figuras para ilustrar o funcionamento da TARV e a importância de tomar os medicamentos no horário¹³⁴.

Contudo, enfatizar a dimensão do horário na promoção da adesão exige uma constante atualização dos profissionais em relação ao impacto dessa dimensão em diferentes regimes terapêuticos. Exige, ainda, um diálogo entre os profissionais, para

que haja acordo em relação às informações a serem transmitidas aos pacientes, como o número de horas de atraso tolerados em cada regime. Isto só é possível por meio de um trabalho de coordenação no âmbito gerencial, que enfoque a promoção da adesão junto às diferentes categorias profissionais.

Nota-se também no presente estudo uma proporção relevante de pessoas que reportaram não adesão às três dimensões analisadas (11,7 IC 95% 11,0-12,5), sugerindo importantes dificuldades de adesão nesse grupo de pacientes. Esse dado reforça a necessidade do monitoramento contínuo da adesão para detectar pacientes com dificuldades na tomada dos medicamentos, bem como populações que podem necessitar de intervenções específicas.

Apesar das dificuldades previamente apontadas na literatura para avaliar a efetividade das intervenções em adesão e definir boas práticas^{43,44}, uma metanálise¹³⁵ mostrou maiores efeitos em intervenções junto a pacientes com conhecida não adesão, em relação a intervenções que não adotaram critérios relacionados à adesão para a seleção de participantes. O estudo reitera, portanto, a importância da priorização de pacientes com maiores dificuldades de adesão nas ações voltadas para a promoção da adesão.

O presente estudo foi o primeiro a descrever atividades para promover a adesão realizadas nos serviços brasileiros de assistência ao HIV/aids em âmbito nacional. Apesar das recomendações fornecidas pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS para a promoção da adesão^{2,3}, os resultados mostram uma proporção relevante de serviços que não realizam nenhuma atividade para monitorar, ou para apoiar a adesão dos pacientes: em torno de 15% e 19%, respectivamente.

Tal como preconizado pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, a maioria dos serviços monitora o comparecimento dos pacientes às consultas e a retirada dos medicamentos.

Esses são importantes indicadores de retenção e adesão, e servem como base para a busca de pacientes faltosos e em abandono do tratamento. Contudo, menos da metade dos serviços fazem o monitoramento da retirada dos medicamentos por meio do SICLOM. Ressalta-se que a utilização do SICLOM para o monitoramento da adesão foi recomendada na última versão do protocolo clínico brasileiro para manejo da infecção pelo HIV em adultos, em 2013⁹⁴. Com o crescente estímulo para a realização do monitoramento por meio do SICLOM, é possível que o uso desta estratégia tenha aumentado, desde a condução da pesquisa até o presente momento.

Nota-se que a adesão é tema de discussão principalmente nas consultas médicas e, em segundo lugar, nas consultas de enfermagem. As principais estratégias adotadas para investigação da adesão nas consultas são o questionamento sobre o uso correto dos medicamentos, a checagem de dificuldades na tomada e de resultados de exames.

Na maior parte dos serviços, cada profissional adota um modo diferente de questionar os pacientes sobre o uso dos medicamentos, indicando a falta de protocolos para a verificação da adesão nas consultas. Como discutido em trabalhos anteriores, não é raro que esta verificação restrinja-se a uma simples pergunta do tipo “*Está tomando os medicamentos direitinho?*”¹³⁶, prescindindo de uma exploração mais aprofundada e concreta a respeito das vivências cotidianas relacionadas à tomada dos medicamentos⁴. O uso de protocolos poderia incentivar uma abordagem mais detalhada da adesão.

Nos serviços brasileiros, ferramentas específicas para a investigação da adesão, como questionário e contagem de pílulas, são usadas ocasionalmente e, mais frequentemente, aplicadas por enfermeiros e farmacêuticos, respectivamente. Chama atenção que quase 40% dos serviços reportem o uso de contagem de pílulas, estratégia complexa e com importantes limitações para o uso rotineiro nos serviços³⁶. Faz sentido,

portanto, que os serviços restrinjam o uso desta estratégia a situações que indicam falta de adesão dos pacientes.

Observa-se que, em aproximadamente 60% dos serviços, outros profissionais, além do médico e do enfermeiro, também investigam a adesão. Nos serviços em que o farmacêutico investiga a adesão, isto ocorre predominantemente em todas as consultas da farmácia. Já psicólogos e assistentes sociais discutem o tema, sobretudo, quando acham que o paciente não está aderindo ao tratamento. Atividades individuais de apoio à adesão também são conduzidas predominantemente por médicos, seguidos de enfermeiros.

Esses dados indicam que, apesar das recomendações para que a adesão seja objeto de trabalho de todos os profissionais da equipe, de modo a garantir a atenção multidisciplinar e integral às diferentes questões psicossociais envolvidas na tomada dos medicamentos, o reconhecimento do papel do farmacêutico e, em especial, do psicólogo e do assistente social na promoção da adesão ainda é restrito em muitos serviços. Considerando que 7,5% dos serviços não possuem farmacêuticos e mais de 17% dos serviços não possuem psicólogos e/ou assistentes sociais, pode-se presumir que a falta de profissionais justifica em parte, mas não integralmente, a menor participação desses profissionais nas atividades de adesão.

Atividades de apoio à adesão, individuais e/ou coletivas, são desenvolvidas em mais da metade dos serviços. Uma vez que as atividades individuais são conduzidas predominantemente durante as consultas de rotina, é possível levantar a hipótese de que essas atividades sobrepoem-se, em parte, à investigação da adesão nas consultas.

Em relação às atividades coletivas, o predomínio de grupos de adesão e de atividades em sala de espera pode ser interpretado como resultado da ampla divulgação dessas estratégias, a partir das diretrizes propostas pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS^{2,3}.

Menos da metade dos serviços desenvolve atividades para populações específicas. Dentre esses, predominam atividades voltadas para gestantes e pacientes em início de terapia. Tais dados refletem o caráter prioritário desses grupos nas ações de promoção da adesão e de prevenção da transmissão vertical do HIV¹³⁷. Pacientes em troca de terapia, ou em retorno de abandono, são também prioritários; entretanto, esses grupos não estão destacados no Questionário de Atividades de Adesão utilizado no presente estudo.

As recomendações fornecidas pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS são a principal fonte de referência para a elaboração das atividades de adesão, além da experiência dos próprios profissionais de saúde. Estes são os principais responsáveis pela elaboração das atividades, contando-se menos frequentemente com a participação da gerência. Entretanto, apenas metade dos serviços oferece capacitação em adesão aos profissionais e em torno de 25% não disponibilizam materiais para consulta.

Além dos documentos produzidos pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS, outros materiais sobre adesão geralmente disponibilizados provêm de Programas Estaduais de DST/aids e da indústria farmacêutica. Entretanto, recomendações dos Programas Estaduais são pouco citadas como fonte para a elaboração das atividades de adesão. Nenhum serviço reporta uso de referenciais teóricos da literatura como base para tal elaboração.

Apesar da ênfase dada à importância da participação da sociedade civil na promoção da adesão das PVHA^{2,3}, menos de 30% dos serviços realizam trabalhos em adesão conjuntamente com ONGs. As parcerias estabelecidas dão-se predominantemente por meio do encaminhamento de pacientes para ONGs e, mais raramente, por meio da atuação de ONGs dentro do serviço.

Nota-se, portanto, que a tarefa de planejamento das atividades de adesão recai quase que inteiramente sobre os profissionais de saúde, os quais contam com capacitação e apoio restritos, e com poucas referências para além de diretrizes nacionais gerais para a promoção da adesão. Desse modo, o trabalho em adesão torna-se dependente da experiência e da iniciativa de cada profissional, resultando na ausência de padronização das atividades.

Um cenário bastante semelhante em relação às atividades de adesão foi observado anteriormente nos serviços de assistência ao HIV/aids do estado de São Paulo¹⁰⁴, onde foram também identificadas deficiências nas seguintes áreas: abordagem multidisciplinar da adesão; implementação de ferramentas e atividades específicas de adesão, para além da discussão informal do tema nas consultas individuais; padronização das ações; estabelecimento de parcerias com a sociedade civil organizada.

Contudo, este cenário não se restringe às atividades de promoção da adesão. O predomínio de uma abordagem inespecífica e altamente dependente do desempenho dos profissionais foi anteriormente apontado em trabalhos da Equipe Qualiaids, que avaliaram características gerais da qualidade da assistência ao HIV/aids, em São Paulo¹³⁸ e no Brasil⁸⁸. A última aplicação nacional do Questionário Qualiaids, em 2010⁸⁹, reiterou a permanência de importantes deficiências nos serviços, particularmente relacionadas à dimensão do gerenciamento técnico do trabalho, as quais, por sua vez, refletem-se em deficiências na organização das atividades de assistência.

No presente estudo, a análise segundo domínios avaliativos mostrou um desempenho geral mediano dos serviços em relação às atividades de adesão. O domínio avaliativo mais prejudicado foi o de atividades coletivas de adesão e voltadas para populações específicas. O desempenho nos diferentes domínios mostrou-se

correlacionado; isto é, os serviços que apresentaram bom desempenho em um domínio tenderam a apresentar desempenho semelhante nos demais domínios. O porte do serviço, o porte do município e a região não contribuíram para explicar o desempenho global dos serviços segundo os domínios analisados, mas associaram-se à realização de diferentes atividades de adesão.

Destaca-se que, ao contrário do que se observou em estudo no estado de São Paulo¹⁰⁴, serviços de pequeno porte tenderam a apresentar mais atividades específicas, incluindo: monitoramento do comparecimento à unidade para a realização de exames; monitoramento da retirada de medicamentos na farmácia; investigação da adesão por meio de contagem de pílulas; e atividades individuais de apoio à adesão conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Os serviços de grande porte apresentaram maior realização de atividades coletivas de adesão.

As atividades predominantes em serviços de pequeno porte foram também predominantes em serviços localizados em municípios pequenos, provavelmente em função de uma sobreposição entre as duas categorias. Neste estudo, todos os serviços de pequeno porte estão localizados em municípios pequenos.

É possível que o acompanhamento de um número menor de pacientes facilite a realização rotineira de atividades específicas de adesão, principalmente de atividades individuais. Já a condução de atividades de grupo pode ser uma estratégia relevante em serviços com maior volume de pacientes. Contudo, é preciso explorar melhor essa hipótese em futuras investigações, considerando que resultados diferentes foram encontrados no estudo realizado previamente no estado de São Paulo, o qual corroborou as relações entre maior complexidade do serviço (segundo porte e exclusividade no atendimento às DST/aids) e melhor qualidade organizacional, já apontadas no estudo nacional anterior conduzido pela Equipe Qualiaids¹⁰¹.

No presente estudo, a qualidade segundo a avaliação com base no Questionário Qualiads associou-se ao melhor desempenho dos serviços, segundo as atividades de adesão. Na análise segundo médias de pontuação obtidas pelos serviços no Qualiads, apenas a média de recursos não se associou ao desempenho segundo atividades de adesão. As avaliações prévias do Qualiads^{89,101,106} mostraram que os serviços de assistência ao HIV/aids brasileiros tendem a ser mais homogêneos em relação à disponibilidade de recursos (acesso; infraestrutura básica; medicamentos, exames e referências; recursos humanos), em comparação às dimensões da organização da assistência e do gerenciamento técnico do trabalho.

No presente estudo, os serviços de boa qualidade associaram-se à realização de atividades específicas de adesão, destacando-se: atividades individuais conduzidas por psicólogos e assistentes sociais; atividades voltadas para diferentes populações específicas; estabelecimento de parceria com ONGs.

As associações entre qualidade e atividades de adesão indicam coerência nos parâmetros adotados para a avaliação da organização geral da assistência e da dimensão específica da promoção da adesão. Ressalta-se, contudo, a possível sobreposição de alguns dos parâmetros adotados em ambas as avaliações, uma vez que a promoção da adesão é parte da organização geral da assistência, o que permite interpretar essa associação como um resultado esperado.

Mesmo que a sobreposição entre as duas avaliações (Qualiads e atividades de adesão) tenha sido levada em conta nos procedimentos de análise, não é possível distinguir completamente os elementos dessa sobreposição. Isto porque a promoção da adesão faz-se presente em diferentes aspectos avaliados pelo Questionário Qualiads, muitos dos quais não compõem indicadores relacionados a atividades específicas de adesão. O Qualiads inclui questões, por exemplo, sobre o controle e a busca de

faltosos, o estabelecimento de critérios de abandono do tratamento, o sistema de agendamento e o tempo de duração das consultas médicas, o intervalo de tempo entre as consultas de retorno e na introdução da TARV, o atendimento a pacientes não agendados, a continuidade do cuidado com o mesmo profissional, etc.

Em uma análise mais ampla, é possível conceber que todos os indicadores da qualidade organizacional da assistência estão de alguma forma relacionados à promoção da adesão dos pacientes, uma vez que a manutenção da adesão requer: garantia de acesso ao atendimento, exames e medicamentos; acolhimento e aconselhamento adequados e articulação do cuidado ofertado por diferentes profissionais; coordenação do trabalho no âmbito gerencial; e uma boa interação entre serviço, usuários e comunidade.

Nesse sentido, esperava-se encontrar no presente estudo associações entre a qualidade dos serviços e a adesão dos pacientes, considerando que o estudo nacional de adesão anterior já havia apontado relações entre adesão, qualidade e maior porte dos serviços.

No presente estudo, porém, foram obtidas consistentes associações com menores chances de não adesão ao horário em: serviços de menor porte, serviços de pior qualidade e serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids. Esses resultados levantam outro dado positivo em relação à promoção da adesão nos serviços de pequeno porte, tal como indicado pela associação entre pequeno porte e realização de atividades específicas de adesão.

Em relação à qualidade, nota-se a tendência a uma relação inversa entre qualidade e adesão. Esses resultados, entretanto, devem ser interpretados com cautela, considerando-se a associação obtida com os serviços não respondentes. Tradicionalmente, a não participação em avaliação de qualidade é interpretada como um

indicativo de baixa qualidade. Porém, é possível que este não seja o caso no presente estudo, visto que os serviços não respondentes apresentaram bom desempenho segundo as atividades de adesão realizadas (maior porcentagem no grupo de melhor desempenho, associação com monitoramento por meio do SICLOM, investigação por meio de questionário, atividades voltadas para gestantes), o que sugere uma boa qualidade organizacional. Vale lembrar que a participação dos serviços na aplicação do Questionário Qualiaids é voluntária e, ainda que estimulada pelo D-DST-AIDS-HV/SVS/MS e pelos Programas Estaduais, não implica em benefícios ou punições para os serviços.

Em relação à não adesão aos medicamentos, não foram encontradas associações com o porte e com a qualidade ao excluir-se da análise os serviços que não responderam ao Questionário Qualiaids, indicando que o grupo de não respondentes confundiu a análise para essa dimensão da adesão.

Os serviços do Nordeste associaram-se a maiores chances de não adesão aos medicamentos e à dose. A região pode ser considerada como um “indicador global”, que agrega diferentes tipos de variáveis organizacionais. Assim, a região por si só não parece suficiente para explicar a maior ou menor capacidade dos serviços para promover a adesão. Em futuros estudos, será oportuno investigar aspectos programáticos que podem estar dificultando a promoção da adesão em serviços dessa região. Vale destacar que, no presente estudo, serviços da região Nordeste mostraram maior realização de atividades individuais de adesão conduzidas por psicólogos ou assistentes sociais – importante componente do cuidado multidisciplinar em adesão.

Serviços localizados em municípios pequenos associaram-se a maiores chances de não adesão à dose. O estudo nacional anterior da Equipe Qualiaids apontou associações entre maior porte do município e melhor qualidade organizacional dos

serviços¹⁰¹. Entretanto, no presente estudo, o melhor desempenho segundo atividades de adesão contribuiu para explicar a maior chance de não adesão nos municípios pequenos, indicando novamente uma relação inversa entre desempenho organizacional e adesão.

Quando consideradas individualmente, as atividades de adesão associaram-se predominantemente a maiores chances de não adesão. O estabelecimento de parcerias com ONGs e a investigação por meio do questionamento sobre o uso correto dos medicamentos foram as únicas atividades associadas a menores chances de não adesão.

A associação obtida para a parceria com ONGs reitera a importância da participação da sociedade civil organizada na promoção da adesão^{2,3}. Tal associação torna-se particularmente relevante no contexto atual, em que as “ONGs Aids” passam por crise de financiamento e enfrentam dificuldades na articulação com os programas de aids nas diferentes esferas governamentais, colocando importantes desafios para o controle social das políticas de prevenção e assistência ao HIV/aids^{139,140}.

No que se refere à investigação da adesão por meio do questionamento sobre o uso correto dos medicamentos, a grande maioria dos serviços realiza essa atividade, a qual consiste em uma forma inespecífica de abordar a adesão nas consultas. Já outras atividades bastante frequentes nos serviços associaram-se à maior não adesão, como atividades individuais conduzidas por médicos e enfermeiros.

Chama atenção, particularmente, a associação entre atividades mais qualificadas e específicas e a não adesão, incluindo: monitoramento da adesão por meio do comparecimento às consultas e do SICLOM; uso de questionário e contagem de pílulas; atividades individuais conduzidas por técnicos ou auxiliares de enfermagem; atividades coletivas de adesão; e as voltadas para populações específicas.

O predomínio de associações inversas entre adesão e desempenho organizacional leva à hipótese de que os serviços com melhor qualidade e que

conduzem maior número de atividades de adesão atendem uma maior proporção de pacientes com dificuldades de adesão, bem como de populações que requerem intervenções específicas. A confirmação dessa hipótese requer uma análise ajustada por características dos pacientes, o que, no entanto, extrapola o escopo do presente trabalho.

No Projeto AVANT, previu-se a coleta de características dos pacientes apenas em uma subamostra de 600 participantes. A análise das associações entre adesão, características dos pacientes e características dos serviços será objeto de futuras investigações, baseadas em modelos hierárquicos de análise.

Considerando que o presente estudo enfocou a análise de relações entre a adesão dos pacientes e características dos serviços, uma importante limitação metodológica foi o uso de modelos de regressão logística, tomando-se o paciente como unidade de análise. A opção por esses modelos deu-se em função da possibilidade de utilização de dados ponderados, de acordo com a probabilidade de seleção amostral de cada paciente. Porém, tais modelos desconsideram possíveis efeitos de cluster na análise; isto é, o fato de que os pacientes de um mesmo serviço tendem a ser mais parecidos entre si e diferentes dos pacientes dos demais serviços.

Outra limitação metodológica é o fato de não terem sido analisadas possíveis interações entre as variáveis independentes – algo que poderia ser futuramente explorado em continuidade a este estudo. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não foi possível analisar mudanças nos padrões de adesão dos pacientes ao longo do tempo. O método utilizado para medir a adesão restringiu-se ao autorrelato, não havendo comparações com outras medidas de adesão.

Ressaltam-se, ainda, algumas limitações a respeito das medidas e instrumentos adotados no presente estudo. O Questionário de Atividades de Adesão foi adaptado de instrumento utilizado anteriormente em pesquisa no estado de São Paulo¹⁰⁴. Entretanto,

a aplicação da versão atual do instrumento levou à identificação de novos aprimoramentos necessários, como: a inclusão de novas categorias de populações específicas (pacientes em troca de terapia, ou em retorno de abandono); e a reformulação da questão referente ao momento em que a adesão é investigada pelos diferentes profissionais, cuja alternativa “apenas quando há alteração da carga viral” não parece ter sido compreendida corretamente pelos respondentes.

Já as medidas de qualidade utilizadas basearam-se em versão anterior do Questionário Qualiaids, o qual passou recentemente por um processo de revisão e atualização, necessário em função dos novos desafios colocados pela dinâmica da epidemia do HIV/aids e pela evolução dos insumos do tratamento, desde a validação do instrumento em 2001.

Ao longo das aplicações nacionais do Qualiaids, em 2001, 2007 e 2010, observou-se uma tendência de aumento das médias de pontuação obtidas pelos serviços que participaram nos três anos, bem como da proporção de serviços classificados no melhores grupos de qualidade (dados não publicados). Essas observações sugerem, por um lado, uma positiva incorporação, pelos serviços, dos padrões de qualidade propostos; por outro lado, indicam a necessidade de aumento no rigor dos padrões adotados, de modo a estabelecer novas metas a serem alcançadas pelos serviços, para que estes sigam continuamente aprimorando sua qualidade.

Assim, é possível que a categorização dos serviços segundo a avaliação do Qualiaids em 2010 não tenha produzido uma discriminação precisa entre diferentes níveis de qualidade, prejudicando a análise das relações entre qualidade e adesão. Futuras análises deverão basear-se em aplicações da nova versão do questionário. Ainda assim, é preciso considerar que, mesmo em sua nova versão, o Questionário Qualiaids possui limitações enquanto instrumento de avaliação da qualidade, uma vez que enfoca

exclusivamente dimensões organizacionais da assistência. Além disso, dada a complexidade das dimensões organizacionais, dificilmente é possível esgotá-las por meio de um único instrumento.

Por fim, o presente estudo não incluiu entre as variáveis de análise o tipo de serviço (exclusivo ou não exclusivo para o atendimento de DST/aids), adotando-se o porte do serviço como única variável para a análise da complexidade assistencial. O tipo de serviço foi autorreportado em uma das questões do Questionário Qualiaids. Porém, observou-se que os mesmos serviços deram respostas diferentes a esta questão nas aplicações do Qualiaids em 2007 e em 2010, sugerindo uma dificuldade de compreensão das alternativas de resposta por parte dos serviços. A questão foi revisada na nova versão do questionário e deverá compor variáveis de análise em futuros estudos.

6. Conclusões

Apesar dos avanços da terapia antirretroviral, a adesão permanece um aspecto importante e desafiador do tratamento das PVHA. Diante da perspectiva de progressivo aumento do número de pessoas em tratamento, as ações de promoção, monitoramento e apoio à adesão dos pacientes tornam-se ainda mais imprescindíveis.

O presente estudo mostrou um desempenho geral mediano dos serviços brasileiros em relação às atividades de adesão realizadas. Esses dados apontam para a urgente necessidade de ações programáticas voltadas para o aprimoramento do trabalho em adesão realizado nos serviços. Destaca-se a necessidade de: maior ênfase sobre a adesão aos horários acordados para a tomada dos medicamentos; priorização de pessoas com dificuldades de adesão e de populações que requerem intervenções específicas; maior investimento em um enfoque multidisciplinar da adesão, em atividades específicas de apoio à adesão, e em parcerias com a sociedade civil organizada.

A adoção de instrumentos para o contínuo monitoramento da adesão pode contribuir para a avaliação das estratégias utilizadas em cada serviço, a disseminação de boas práticas, a comparação entre medidas de adesão obtidas ao longo do tempo e entre medidas obtidas em diferentes serviços, municípios, estados e regiões. Tal como o Questionário WebAd-Q, é interessante que instrumentos para medir a adesão nos serviços abordem diferentes dimensões da adesão, as quais podem contribuir para a definição de estratégias específicas para promover a adesão em cada contexto.

O aprimoramento do trabalho em adesão nos serviços requer o enfoque dessa temática no âmbito gerencial. Contudo, o gerenciamento técnico do trabalho apresenta importantes defasagens nos serviços brasileiros de assistência ao HIV/aids. Atualmente, o gerenciamento é a dimensão organizacional que mais diferencia os serviços em relação à qualidade⁸⁹. Em muitos serviços, o papel da gerência restringe-se a funções

administrativas, em detrimento da coordenação e do planejamento das atividades assistenciais. Entende-se que a introdução de instrumentos e práticas para o acompanhamento e a melhoria da adesão dos pacientes deve vir acompanhada de uma valorização do papel da gerência na promoção da adesão. Cabe à gerência garantir que a adesão seja tratada enquanto objeto técnico de trabalho da equipe multidisciplinar, e não apenas como tema a ser discutido esporadicamente, por meio de ações inespecíficas e baseadas no senso comum.

É importante, também, levar em consideração os peculiares desafios enfrentados no âmbito da assistência ao HIV/aids no contexto atual. Segundo Scheffer⁸⁷, os serviços vêm se deparando com os seguintes problemas: “superlotação pelo aumento do número de pacientes em tratamento, precariedade na contratação de profissionais, falta de médicos e terceirização da gestão” (p. 18). Essas dificuldades, presentes atualmente nos serviços do SUS de modo geral, acentuam-se em um cenário em que a resposta à aids no Brasil vem recebendo fortes críticas¹⁴¹.

Em meio a esse contexto, como resultado das estratégias de tratamento como prevenção, estima-se um aumento em torno de 25% do número de pessoas em TARV no país¹⁴². Uma vez que a rede de atenção especializada encontra-se sobrecarregada, o D-DST-AIDS-HV/SVS/MS tem trabalhado com a proposta de ampliação do atendimento das PVHA na atenção básica. Apesar de haver experiências anteriores positivas, essa diretriz traz preocupação em função de defasagens já observadas na prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids nesse nível de atenção¹⁴¹ e, também, em função das associações anteriormente apontadas nos estudos da Equipe Qualiaids entre baixa complexidade, pior qualidade organizacional e piores indicadores de adesão ao tratamento.

Embora não tenha sido possível analisar no presente estudo as relações entre especialização do serviço e adesão, apontaram-se aspectos da promoção da adesão que parecem estar sendo melhor trabalhados em serviços de pequeno porte. Ainda assim, é preciso considerar que a maior complexidade do serviço está tradicionalmente associada a melhores resultados do tratamento do HIV/aids¹⁴³⁻¹⁴⁶. É possível que, no momento, os serviços de maior porte estejam sendo mais penalizados com a sobrecarga de atendimento, prejudicando a possibilidade de oferecerem uma atenção mais individual e qualificada, no que se refere à adesão.

De todo modo, considerando os limites metodológicos do presente estudo, novas investigações fazem-se necessárias para a melhor compreensão das atuais relações entre complexidade assistencial, qualidade dos serviços e adesão dos pacientes à TARV no Brasil. Em função do conhecimento já acumulado em estudos anteriores, entende-se que a relação entre qualidade organizacional e adesão deve permanecer como objeto de investigação e avaliação; e, ainda mais, como um pressuposto ético do cuidado em saúde.

Vale ressaltar que o presente estudo baseou-se em medidas de adesão coletadas em um contexto de pesquisa. Portanto, ainda que a resposta dos pacientes ao Questionário WebAd-Q seja anônima, é possível que tais medidas não correspondam inteiramente a medidas coletadas rotineiramente nos serviços. Apenas a obtenção de medidas contínuas e padronizadas de adesão permitirá a condução de análises mais próximas da “vida real” e cotidiana dos pacientes e dos serviços.

Por fim, destaca-se que, juntamente com a adesão, é preciso investir no monitoramento de outros indicadores relacionados à qualidade da assistência. Um indicador que pode ser de grande relevância para a adesão ao tratamento é a adequação da prescrição dos antirretrovirais. Estudo realizado no estado de São Paulo¹⁴⁷ mostrou

que parte dos médicos que prescrevem o tratamento antirretroviral não possuem especialização e/ou experiência no atendimento de PVHA – dado preocupante, uma vez que essas características estão relacionadas à qualidade da prescrição e do cuidado em HIV/aids^{148,149}.

Considerando a “cascata” brasileira de cuidado contínuo em HIV/aids, a retenção dos pacientes em seguimento e a adesão à TARV constituem as principais etapas nas quais os serviços podem cumprir um papel decisivo, contribuindo para o aumento da proporção de pacientes com carga viral indetectável ao final da cascata. Uma vez que a retenção e a adesão resultam, dentre múltiplos aspectos, da relação estabelecida pelos pacientes com o serviço, com os profissionais de saúde e com seu próprio tratamento, esforços para o monitoramento e a melhoria desses indicadores são fundamentais para o contínuo aprimoramento da qualidade do cuidado às PVHA no Brasil.

Anexo A**QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO SOBRE ATIVIDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

É recomendável que este questionário seja preenchido pelo gerente da unidade em conjunto com os profissionais que executam as atividades de adesão ao tratamento antirretroviral

O questionário deve ser preenchido e trazido à atividade de capacitação da pesquisa, onde eventuais dúvidas e dificuldades percebidas pela equipe do serviço durante seu preenchimento poderão ser esclarecidas.

1. **Nome da Instituição:** _____

Endereço: _____

Município: _____

Estado: _____

CNES: _____

Nome do Responsável pela Instituição _____

SOBRE O RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Profissão: _____ Função: _____

Fone para Contato: () _____ Ramal: _____

E-mail: _____

Data de preenchimento ____/____/____

2. **Caracterização do serviço:**

- () Ambulatório de assistência a várias especialidades
- () Ambulatório de moléstias infecciosas
- () Ambulatório de assistência especializada aos portadores DST/HIV/aids (ambulatório de DST/HIV/aids isolado)
- () Ambulatório de Hospital de Moléstias Infecciosas
- () Ambulatório de Hospital Geral
- () Unidade básica de saúde
- () Outros. Especificar: _____

3. **Número de pacientes** adultos (maiores de 13 anos) sob terapia antirretroviral em **abril de 2010:** _____

4. **Caracterização da equipe:** preencha o quadro abaixo de acordo com a composição da equipe de saúde do serviço, discriminando quantos se dedicam exclusivamente a assistência ambulatorial das pessoas vivendo com HIV:

Profissionais	Número de profissionais que atendem HIV/aids segundo a exclusividade		Total de Profissionais	Não dispomos deste profissional
	Numero de Profissionais Exclusivos	Número de Profissionais NÃO exclusivos		
Médico				
Enfermeiro				
Psicólogo				
Cirurgião Dentista				
Farmacêutico				

Assistente social				
Aux/téc de enfermagem				
Nutricionista				
Ginecologista				
Psiquiatra				
Outros:				

I - MONITORAMENTO DA ADEÇÃO

5. O serviço realiza monitoramento da adesão dos pacientes?

() Sim

() Nao

Se sim, de que forma?

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

() Por meio do comparecimento às consultas dos:

() médicos

() enfermeiros

() psicólogos

() assistentes sociais

() farmacêuticos

() Outros _____

() Por meio do comparecimento à unidade para realização de exames

☐ Por meio da retirada da medicação da farmácia

☐ Por meio dos dados do SICLOM

☐ Por meio de planilhas para investigar a adesão. De que tipo? _____

☐ Outros: _____

☐ Não há monitoramento

II - INVESTIGAÇÃO DA ADESÃO

6. De que forma a adesão do paciente é investigada?

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

☐ Questionamento sobre o uso correto do medicamento:

☐ Pergunta-se ao paciente de modo uniforme (as mesmas perguntas são feitas

por todos os profissionais)

☐ Cada profissional pergunta de uma maneira

☐ Checagem de dificuldades com efeitos colaterais e posologia (horários e alimentação)

nas consultas dos: ☐ médicos

☐ enfermeiros

☐ psicólogos

☐ assistentes sociais

☐ farmacêuticos

☐ Outros _____

☐ Checagem de dificuldades relativas ao dia a dia (trabalho, fins de semana, festas etc)

nas consultas dos: ☐ médicos

☐ enfermeiros

☐ psicólogos

☐ assistentes sociais

☐ farmacêuticos

☐ Outros _____

☐ Recordatório detalhado sobre as atividades diárias do paciente e o uso da medicação, nas consultas dos:

☐ médicos

☐ enfermeiros

☐ psicólogos

☐ assistentes sociais

☐ farmacêuticos

☐ Outros _____

☐ Por meio de oscilações dos exames de CD4+ e carga viral HIV, nas consultas dos:

☐ médicos

☐ enfermeiros

☐ psicólogos

☐ assistentes sociais

☐ farmacêuticos

☐ Outros _____

☐ Checagem de anotações do paciente sobre o modo de uso diário, em caderno ou formulário específico, nas consultas dos:

☐ médicos

☐ enfermeiros

☐ psicólogos

☐ assistentes sociais

☐ farmacêuticos

☐ Outros _____

☐ Por meio de questionário:

☐ Aplicado pelo (s) seguinte (s) profissional (ais):

☐ Aplicado sempre

☐ Aplicado ocasionalmente, na (s) seguinte (s) situação (ões):

☐ Por meio de contagem de pílulas:

☐ Realizada pelo (s) seguinte (s) profissional (ais):

☐ Realizada no retorno de cada atendimento

☐ Realizada ocasionalmente, na (s) seguinte (s) situação(ões):

7. Em que momento a adesão é investigada?

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

☐ Nas consultas médicas: ☐ Sempre

☐ Quando o profissional acha que o paciente não é aderente

☐ Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial

☐ Apenas quando há alteração da carga viral

☐ Nunca

☐ Outros _____

☐ Nas consultas dos enfermeiros ☐ Sempre

☐ Quando o profissional acha que o paciente não é aderente

☐ Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial

() Apenas quando há alteração da carga viral

() Nunca

() Outros _____

() Não dispomos deste profissional

() Nas consultas dos psicólogos () Sempre

() Quando o profissional acha que o paciente não é aderente

() Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial

() Apenas quando há alteração da carga viral

() Nunca

() Outros _____

() Não dispomos deste profissional

() Nas consultas dos assistentes sociais () Sempre

() Quando o profissional acha que o paciente não é aderente

() Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial

() Apenas quando há alteração da carga viral

() Nunca

() Outros _____

() Não dispomos deste profissional

() Nas consultas dos farmacêuticos () Sempre

() Quando o profissional acha que o paciente não é aderente

() Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial

() Apenas quando há alteração da carga viral

() Nunca

() Outros _____

() Não dispomos deste profissional

() Outros momentos _____

() Não há investigação

III - ATIVIDADES DE ESTÍMULO À ADEÇÃO

8. Neste serviço existem atividades INDIVIDUAIS de estímulo à adesão?

() Sim

() Não

Caso sim, assinale na tabela abaixo quais profissionais desenvolvem estas atividades, como o fazem (se dentro e/ou fora das consultas) e especifique o tipo de atividade realizada fora da consulta rotineira (se for o caso):

Profissionais	Durante a consulta de rotina	Fora da consulta de rotina (em atividade especificamente desenvolvida com a finalidade de trabalhar a adesão)	
			Tipo de atividade
() Médico			
() Enfermeiro			
() Psicólogo			
() Assist. Social			
() Farmacêutico			

() Téc. de Enfermagem			
() Aux. de Enfermagem			
() Outros			

9. Neste serviço existem atividades **COLETIVAS** de estímulo à adesão?

() Sim

() Não

Caso sim, relacione no quadro abaixo quais são as atividades coletivas, explicitando se é uma atividade específica de estímulo à adesão ou se a adesão é tema transversal abordado na atividade. Informar também a(s) categoria(s) profissional(ais) responsável(eis) por coordenar as atividades existentes.

Atividades	A Atividade é específica de adesão?		A adesão é tema transversal na atividade		Profissionais responsáveis ou que coordenam as atividades
() Grupos de Adesão	Sim	Não			
() Grupos de Mulheres	Sim	Não	Sim	Não	
() Grupos de familiares	Sim	Não	Sim	Não	
() Grupos de arte	Sim	Não	Sim	Não	
() Palestras	Sim	Não	Sim	Não	

() Sala de Espera	Sim	Não	Sim	Não	
() Grupos de Auto-ajuda	Sim	Não	Sim	Não	
() Café da manhã	Sim	Não	Sim	Não	
() Chás	Sim	Não	Sim	Não	
() Outras (Citar)	Sim	Não	Sim	Não	
†	Sim	Não	Sim	Não	
	Sim	Não	Sim	Não	
	Sim	Não	Sim	Não	
	Sim	Não	Sim	Não	

10. Este serviço possui atividades de estímulo à adesão DIRECIONADAS PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS?

() Sim

() Não

Se sim, para qual (is) população (ões)?

() Baixa escolaridade () Portadores de lipodistrofia () Gestantes portadoras do HIV

() Usuários de drogas ilícitas () Usuários de álcool () Profissional do sexo

() Familiares () **Pacientes em início de terapia**

() Outros _____

11. É utilizado algum material para apoiar o desenvolvimento das atividades de adesão?

() Sim

() Não

Caso sim, qual (is) material (ais)?:

☐ Planilhas ☐ Material áudio - visual ☐ Folhetos

☐ Frascos de medicamentos/Comprimidos avulsos ☐ Fotos/Revistas

☐ Outros: _____

12. O serviço tem parceria com Organização Não Governamental para promover a adesão?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quais as formas de parceria com a ONG?

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

☐ A ONG atua dentro do serviço

☐ Através de encaminhamento para ONG

☐ Outras formas? Quais? _____

13. O trabalho de adesão do serviço é PREDOMINANTEMENTE baseado:

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

☐ Em recomendações do Departamento Nacional DST/Aids

☐ Em recomendações do Programa Estadual DST/Aids

☐ Em recomendações do Programa Municipal DST/Aids

☐ Na experiência prática dos profissionais

☐ Em referenciais teóricos da literatura

☐ Outros: _____

14. As atividades de adesão deste serviço foram elaboradas **PREDOMINANTEMENTE:**

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- ☐ () Por iniciativa dos profissionais
- ☐ () Por iniciativa do gerente (diretor, supervisor, chefe, coordenador, responsável, etc.)
- ☐ () Por ONG
- ☐ () Outros
- ☐ () Não existem atividades de adesão

15. Os profissionais deste serviço já receberam capacitação em adesão?

- ☐ () Sim, a maioria
- ☐ () Sim, a minoria
- ☐ () Não

16. A equipe:

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- ☐ () Reúne-se sistematicamente para discussão de casos e condutas clínicas (semanal, quinzenal, mensal ou bimensal)
- ☐ () Reúne-se apenas quando há necessidade
- ☐ () Não realiza reuniões de trabalho
- ☐ () Realiza discussão de casos informalmente

17. Nesse serviço existe material sobre adesão para consulta por parte dos profissionais?

(ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- ☐ Não
- ☐ Sim, mas não existe espaço físico reservado para consulta ao material
- ☐ Sim. O material está disponível em sala de leitura ou equivalente

18. Este material foi elaborado:

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

- ☐ Pelo Departamento Nacional de DST/Aids
- ☐ Pelo Programa Estadual de DST/Aids
- ☐ Pelo Programa Municipal de DST/Aids
- ☐ Pelo próprio serviço
- ☐ Pela indústria farmacêutica
- ☐ Foi reproduzido de publicações da literatura
- ☐ Outros _____

19. Quando um paciente apresenta dificuldades no tratamento com antirretroviral:

(ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

- ☐ É sempre agendado retorno médico em intervalos menores
- ☐ O paciente é encaminhado para consulta com enfermeiro
- ☐ O paciente é encaminhado para grupos de adesão
- ☐ O paciente é encaminhado para orientação individual com outro profissional de nível superior. Qual? _____
- ☐ Há mudança de esquema terapêutico, se possível
- ☐ Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas
- ☐ É fornecido material escrito para leitura
- ☐ Outros: _____
- _____
- _____

20. Este serviço tem SICLOM implantado?

() Sim, o módulo gerencial

() Sim, o módulo operacional

() Não

21. Descreva o trabalho de adesão:

22. Existem projetos para incrementar o trabalho de adesão do serviço?

() Sim () Não

Se sim, quais? _____

23. Quais dificuldades existem para implantar ou desenvolver o trabalho de adesão?

24. O que você(s) entende(m) por adesão?

25. Há algo que você gostaria de acrescentar em relação ao trabalho de adesão realizado no serviço?

Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL DO HIV/AIDS EM PESSOAS EM
ACOMPANHAMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL**

NOME:

ENDEREÇO Nº

APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

O grupo de pesquisa Qualiaids, em colaboração com o Sistema Único de Saúde - SUS, está fazendo este estudo que tem por objetivo conhecer a taxa de prevalência nacional da adesão ao tratamento antiretroviral do HIV/aids em pessoas em tratamento nos serviços públicos de saúde do Brasil. Isto será feito por meio de um sistema informatizado de monitoramento do tratamento, que será aplicado em todos os serviços de saúde do Brasil que atendam pessoas vivendo com HIV.

Com esta finalidade, criamos um questionário que será preenchido no computador e estamos pedindo sua colaboração para responder. Você só precisa ler as perguntas e responde-las.

Sua participação é muito importante, pois o questionário será testado em vários serviços do país. Se você acha que isto não vai atrapalhar sua rotina aqui no serviço de modo nenhum, então você pode participar. Caso você concorde em participar, seu nome será registrado apenas neste termo de consentimento, que ficará de posse do Coordenador da Pesquisa que está legalmente proibido de divulgá-lo. Tenha certeza que não será possível vincular qualquer resposta a sua pessoa. Você não receberá qualquer tipo de compensação financeira para responder as perguntas.

Estas respostas, de nenhum modo, prejudicarão o seu atendimento ou o fornecimento dos remédios que você tem direito a receber, aqui ou em qualquer outro serviço de saúde. Você também poderá interromper sua participação no momento que desejar, sem nenhum problema.

Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar agora ou em qualquer momento. Você também pode entrar em contato com o coordenador da pesquisa:

Dra. Maria Ines Battistella Nemes,

Faculdade de Medicina da USP: Av Dr Arnaldo 455- 2o andar- sala 2243

telefone (11) 3066-7078; e-mail: mibnemes@usp.br .

Caso você queira participar e está de acordo com estes termos, por favor, pedimos que consinta, assinando este termo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Os responsáveis pela pesquisa assinam o seguinte termo de compromisso com você.

Termo de Compromisso

O coordenador da pesquisa e todos os demais pesquisadores comprometem-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento.

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Anexo C

FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAR DE
PROJETO DE PESQUISA

PROJETO AVANT: "ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL DO
HIV/AIDS EM PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL"

PATROCÍNIO: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais /SVS -MS

COORDENAÇÃO: PROF. Dr.^a MARIA INES BATTISTELLA
 NEMES. Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP

Coordenação Regional (MG e RJ): Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães,
 Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG

Coordenação Regional (SUL): Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, GCM
 Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos – Universidade
 Regional de Blumenau

"DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO"

Eu, abaixo assinado concordo que o serviço _____

(Nome do Serviço)

(município)

(Estado)

participe do estudo intitulado **"ADESÃO AO TRATAMENTO**
ANTIRETROVIRAL DO HIV/AIDS EM PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL", coordenado pela
Equipe QualiAids, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de
 Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) . Após análise do protocolo
 do estudo, não encontramos impedimentos éticos ou operacionais aos
 pacientes, à Instituição ou aos seus profissionais.

 (NOME POR EXTENSO DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO)

 (ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO)

Local: _____

DATA: ____/____/____

Serviço: _____

Número atual de pacientes em uso de TARV: _____

Nome do Profissional	
Endereço:	
Rua/Av.	
Complemento	
Bairro	
Cidade	
CEP	
UF	
Telefone Fixo:	XX-()
Celular:	XX-()
Fax	XX-()
E-mail:	
Serviço c/ acesso a internet?	Não () Sim: Banda Larga () - Discada ()

ATENÇÃO: E-MAIL E NÚMERO DE FAX SÃO ESSENCIAIS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO. O ENDEREÇO DEVE SER AQUELE PARA CORRESPONDÊNCIA.

OBSERVAÇÃO: Gentileza encaminhar esta autorização com as informações solicitadas via correio (envelope resposta em anexo), preferencialmente até o dia 30 de Abril de 2010.

FAVOR INFORMAR POR E-MAIL OU TELEFONE, CASO O SERVIÇO TENHA ALGUM IMPEDIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA.

Grato desde já pela atenção e colaboração.

Anexo D

Tabela Adicional: Respostas ao Questionário WebAd-Q, segundo serviços e dimensões de não adesão - Brasil - 2010 - N= 2.424

SERVIÇO	ESTADO	GRUPO DE QUALIDADE (QUALIAIDS 2007)	REGIÃO	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO		
					Horário	Medicamentos	Dose
					N	n (%)	n (%)
1	SP	1	SP	46	31 (67,4)	14 (30,4)	9 (19,6)
2	SP	1	SP	17	8 (47,1)	6 (35,3)	4 (23,5)
3	RJ	1	RJ	33	16 (48,5)	14 (42,4)	6 (18,2)
4	CE	1	NE	13	11 (84,6)	7 (53,8)	7 (53,8)
5	PA	1	N	49	31 (63,3)	18 (36,7)	13 (26,5)
6	ES	1	SE	45	21 (46,7)	17 (37,8)	5 (11,1)
7	RS	1	S	34	21 (61,8)	10 (29,4)	7 (20,6)
8	RS	1	S	87	44 (50,6)	29 (33,3)	11 (12,6)
9	MS	1	CO	33	16 (48,5)	10 (30,3)	10 (30,3)
10	SP	2	SP	5	3 (60,0)	2 (40,0)	3 (60,0)
11	RJ	2	RJ	173	84 (48,6)	53 (30,6)	27 (15,6)
12	RJ	2	RJ	123	61 (49,6)	29 (23,6)	15 (12,2)
13	BA	2	NE	5	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)
14	SC	2	S	7	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (14,3)
15	PR	2	S	18	11 (61,1)	8 (44,4)	6 (33,3)
16	SC	2	S	58	20 (34,5)	14 (24,1)	8 (13,8)
17	DF	2	CO	9	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)
18	SP	3	SP	12	3 (25,0)	2 (16,7)	2 (16,7)
19	RJ	3	RJ	55	31 (56,4)	17 (30,9)	12 (21,8)
20	BA	3	NE	263	136 (51,7)	99 (37,6)	63 (24,0)
21	TO	3	N	2	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
22	MG	3	SE	7	0 (0,0)	2 (28,6)	0 (0,0)
23	RS	3	S	18	9 (50,0)	5 (27,8)	3 (16,7)
24	MS	3	CO	10	6 (60,0)	5 (50,0)	3 (30,0)
25	SP	4	SP	28	13 (46,4)	6 (21,4)	3 (10,7)
26	RJ	4	RJ	19	15 (78,9)	4 (21,1)	6 (31,6)
27	PE	4	NE	26	17 (65,4)	7 (26,9)	8 (30,8)
28	RR	4	N	54	30 (55,6)	25 (46,3)	17 (31,5)
29	ES	4	SE	34	16 (47,1)	10 (29,4)	5 (14,7)
30	RS	4	S	41	16 (39,0)	11 (26,8)	8 (19,5)
31	RS	4	S	39	17 (43,6)	15 (38,5)	9 (23,1)
32	PR	4	S	11	4 (36,4)	5 (45,5)	3 (27,3)
33	DF	4	CO	115	56 (48,7)	32 (27,8)	18 (15,7)
34	SP	5	SP	123	61 (49,6)	34 (27,6)	18 (14,6)

continua

conclusão

Tabela Adicional: Respostas ao Questionário WebAd-Q, segundo serviços e dimensões de não adesão - Brasil - 2010 - N= 2.424

SERVIÇO	ESTADO	GRUPO DE QUALIDADE (QUALIAIDS 2007)	REGIÃO	TOTAL	RESPOSTAS DE NÃO ADESAO		
					Horário	Medicamentos	Dose
				N	n (%)	n (%)	n (%)
35	RJ	5	RJ	20	9 (45,0)	3 (15,0)	1 (5,0)
36	PE	5	NE	58	34 (58,6)	22 (37,9)	16 (27,6)
37	MA	5	NE	34	18 (52,9)	14 (41,2)	9 (26,5)
38	TO	5	N	4	3 (75,0)	2 (50,0)	0 (0,0)
39	MG	5	SE	39	21 (53,8)	10 (25,6)	6 (15,4)
40	RS	5	S	45	19 (42,2)	12 (26,7)	7 (15,6)
41	RS	5	S	41	9 (22,0)	12 (29,3)	8 (19,5)
42	DF	5	CO	6	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)
43	SP	6	SP	7	3 (42,9)	2 (28,6)	0 (0,0)
44	RJ	6	RJ	16	9 (56,3)	5 (31,3)	2 (12,5)
45	CE	6	NE	42	35 (83,3)	26 (61,9)	16 (38,1)
46	SC	6	S	107	44 (41,1)	25 (23,4)	13 (12,1)
47	SC	6	S	47	22 (46,8)	9 (19,1)	6 (12,8)
48	SP	7	SP	4	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
49	SP	7	SP	144	80 (55,6)	50 (34,7)	30 (20,8)
50	RJ	7	RJ	51	28 (54,9)	12 (23,5)	6 (11,8)
51	BA	7	NE	21	14 (66,7)	9 (42,9)	6 (28,6)
52	RO	7	N	91	50 (54,9)	29 (31,9)	25 (27,5)
53	MG	7	SE	10	3 (30,0)	3 (30,0)	1 (10,0)
54	PR	7	S	7	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)
55	MS	7	CO	18	10 (55,6)	6 (33,3)	5 (27,8)
TOTAL	-	-	-	2 424	1 235 (50,9)	770 (31,8)	472 (19,5)

Referências

1. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Santos MA, Nemes MIB, Nasser ACA, Basso CR, Paiva VSF. Intervenção em Adesão Baseada na Abordagem Construcionista do Cuidado: Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Temas psicol*. 2013;21(3):651-73.
5. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1998;338(13):853-60.
6. Whitman S, Murphy J, Cohen M, Sherer R. Marked declines in human immunodeficiency virus-related mortality in Chicago in women, African Americans, Hispanics, young adults, and injection drug users, from 1995 through 1997. *Arch Intern Med*. 2000;160(3):365-9.
7. The CASCADE Collaboration. Survival after introduction of HAART in people with known duration of HIV-1 infection. *Lancet*. 2000;355(9210):1158-9.
8. Quinn TC. HIV epidemiology and the effects of antiviral therapy on long-term consequences. *AIDS*. 2008;22(Suppl 3):S7-12.
9. Nosyk B, Audoin B, Beyrer C, Cahn P, Granich R, Havlir D, Katabira E, Lange J, Lima VD, Patterson T, Strathdee SA, Williams B, Montaner J. Examining the evidence on the causal effect of HAART on transmission of HIV using the Bradford Hill criteria. *AIDS*. 2013;27(7):1159-65.
10. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, Bamberger JD, Chesney MA, Moss A. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*. 2000;14(4):357-66.
11. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, Moss A. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*. 2001;15(9):1181-3.
12. Gross R, Bilker WB, Friedman HM, Strom BL. Effect of adherence to newly initiated antiretroviral therapy on plasma viral load. *AIDS*. 2001;15(16):2109-17.
13. Focà E, Odolini S, Sulis G, Calza S, Pietra V, Rodari P, Giorgetti PF, Noris A, Ouedraogo P, Simpoire J, Pignatelli S, Castelli F. Clinical and Immunological outcomes according to adherence to first-line HAART in a urban and rural cohort of HIV-infected patients in Burkina Faso, West Africa. *BMC Infect Dis*. 2014;14(1):153.
14. Wang H, Zhou J, He G, Luo Y, Li X, Yang A, Fennie K, Williams AB. Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2009;25(8):757-63.
15. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, Friedland G; Terry Beinr Community Programs for Clinical Research on AIDS. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. 2005;17(1):10-22.
16. Bangsberg DR, Charlebois ED, Grant RM, Holodniy M, Deeks SG, Perry S, Conroy KN, Clark R, Guzman D, Zolopa A, Moss A. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS*. 2003;17(13):1925-32.
17. Harrigan PR, Hogg RS, Dong WW, Yip B, Wynhoven B, Woodward J, Brumme CJ, Brumme ZL, Mo T, Alexander CS, Montaner JS. Predictors of HIV drug-resistance mutations in a large antiretroviral-naïve cohort initiating triple antiretroviral therapy. *J Infect Dis*. 2005;191(3):339-47.
18. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133(1):21-30.

19. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis*. 2006;43(7):939-41.
20. Gardner EM, Burman WJ, Steiner JF, Anderson PL, Bangsberg DR. Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance. *AIDS*. 2009;23(9):1035-46.
21. von Wyl V, Klimkait T, Yerly S, Nicca D, Furrer H, Cavassini M, Calmy A, Bernasconi E, Böni J, Aubert V, Günthard HF, Bucher HC, Glass TR; Swiss HIV Cohort Study. Adherence as a predictor of the development of class-specific resistance mutations: the Swiss HIV Cohort Study. *PLoS One*. 2013;8(10):e77691.
22. Parienti JJ, Ragland K, Lucht F, de la Blanchardière A, Dargère S, Yazdanpanah Y, Dutheil JJ, Perré P, Verdon R, Bangsberg DR; ESPOIR and REACH study groups. Average adherence to boosted protease inhibitor therapy, rather than the pattern of missed doses, as a predictor of HIV RNA replication. *Clin Infect Dis*. 2010;50(8):1192-7.
23. Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, Chaisson RE, Regensberg L, Maartens G. Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. *Ann Intern Med*. 2007;146(8):564-73.
24. San Lio MM, Carhini R, Germano P, Guidotti G, Mancinelli S, Magid NA, Narciso P, Palombi L, Renzi E, Zimba I, Marazzi MC. Evaluating adherence to highly active antiretroviral therapy with use of pill counts and viral load measurement in the drug resources enhancement against AIDS and malnutrition program in Mozambique. *Clin Infect Dis*. 2008;46(10):1609-16.
25. Gill CJ, Sabin LL, Hamer DH, Keyi X, Jianbo Z, Li T, Wu WJ, Wilson IB, Desilva MB. Importance of dose timing to achieving undetectable viral loads. *AIDS Behav*. 2010;14(4):785-93.
26. Parienti JJ, Barrail-Tran A, Duval X, Nembot G, Descamps D, Vigan M, Vrijens B, Panhard X, Taburet AM, Mentré F, Goujard C. Adherence profiles and therapeutic responses of treatment-naïve HIV-infected patients starting boosted atazanavir-based therapy in the ANRS 134-COPHAR 3 trial. *Antimicrob Agents Chemother*. 2013;57(5):2265-71.
27. Gardner EM, Burman WJ, Maravi ME, Davidson AJ. Selective drug taking during combination antiretroviral therapy in an unselected clinic population. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40(3):294-300.
28. Gardner EM, Sharma S, Peng G, Hullsiek KH, Burman WJ, Macarthur RD, Chesney M, Telzak EE, Friedland G, Mannheimer SB. Differential adherence to combination antiretroviral therapy is associated with virological failure with resistance. *AIDS*. 2008;22(1):75-82.
29. Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Gross R, Yip B, Montaner JS. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50(5):529-36.
30. Wilson IB, Bangsberg DR, Shen J, Simoni JM, Reynolds NR, Goggin K, Gross R, Arnsten JH, Remien RH, Erlen JA, Liu H; Multisite Adherence Collaboration on HIV 14 Investigators. Heterogeneity among studies in rates of decline of antiretroviral therapy adherence over time: results from the multisite adherence collaboration on HIV 14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;64(5):448-54.
31. Bangsberg DR. Preventing HIV antiretroviral resistance through better monitoring of treatment adherence. *J Infect Dis*. 2008;197(Suppl 3):S272-8.
32. Chalker J, Wagner A, Tomson G, Laing R, Johnson K, Wahlström R, Ross-Degnan D; INRUD-IAA. Urgent Need for Coordination in Adopting Standardized Antiretroviral Adherence Performance Indicators. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(2):159-61.
33. Chalker JC, Andualet T, Gitau LN, Ntaganira J, Obua C, Tadege H, Waako P, Ross-Degnan D; INRUD-IAA. Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings: the feasibility of collecting routine data for key indicators. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:43.
34. Ross-Degnan D, Pierre-Jacques M, Zhang F, Tadege H, Gitau L, Ntaganira J, Balikuddembe R, Chalker J, Wagner AK; INRUD IAA. Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings- the clinical validity of key indicators. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:42.
35. Chalker J, Andualet T, Minzi O, Ntaganira J, Ojoo A, Waako P, Ross-Degnan D. Monitoring adherence and defaulting for antiretroviral therapy in 5 East african countries: an urgent need for standards. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*. 2008;7(4):193-9.
36. Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, Cargill VA, Chang LW, Gross R, Orrell C, Altice FL, Bangsberg DR, Bartlett JG, Beckwith CG, Dowshen N, Gordon CM, Horn T, Kumar P, Scott JD, Stirratt MJ, Remien RH, Simoni JM, Nachega JB. Guidelines for improving entry into and retention in care and

- antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. *Ann Intern Med.* 2012;156(11):817-33.
37. Amico KR, Zuniga JM, Wilson IB, Gross R, Young B. Provider Guidance for Linking Patients to Antiretroviral Therapy Adherence Interventions: Recommendations from an IAPAC Advisory Committee on Adherence Monitoring and Support. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2013;12(2):79-83.
 38. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.* Geneva: WHO; 2013.
 39. Centers for Disease Control and Prevention, Health Resources and Services Administration, National Institutes of Health, American Academy of HIV Medicine, Association of Nurses in AIDS Care, International Association of Providers of AIDS Care, the National Minority AIDS Council, Urban Coalition for HIV/AIDS Prevention Services. *Recommendations for HIV Prevention with Adults and Adolescents with HIV in the United States, 2014.* CDC: Atlanta; 2014.
 40. Williams AB, Amico KR, Bova C, Womack JA. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS Behav.* 2013;17(1):284-97.
 41. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: a review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav.* 2006;10(3):227-45.
 42. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2011;11:149.
 43. Amico KR, Orrell C. Antiretroviral therapy adherence support: recommendations and future directions. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2013;12(2):128-37.
 44. Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2010;7(1):44-51.
 45. Chaiyachati KH, Ogbuonji O, Price M, Suthar AB, Negussie EK, Bärnighausen T. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS.* 2014;28(Suppl 2):S187-204.
 46. de Bruin M, Viechtbauer W, Schaalma HP, Kok G, Abraham C, Hospers HJ. Standard care impact on effects of highly active antiretroviral therapy adherence interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2010;170(3):240-50.
 47. Amico KR. Standard of Care for Antiretroviral Therapy Adherence and Retention in Care from the Perspective of Care Providers Attending the 5th International Conference on HIV Treatment Adherence. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic).* 2011;10(5):291-6.
 48. Brook MG, Dale A, Tomlinson D, Waterworth C, Daniels D, Forster G. Adherence to highly active antiretroviral therapy in the real world: experience of twelve English HIV units. *AIDS Patient Care STDS.* 2001;15(9):491-4.
 49. Torpey KE, Kabaso ME, Mutale LN, Kamanga MK, Mwango AJ, Simpungwe J, Suzuki C, Mukadi YD. Adherence support workers: a way to address human resource constraints in antiretroviral treatment programs in the public health setting in Zambia. *PLoS One.* 2008;3(5):e2204.
 50. Igumbor JO, Scheepers E, Ebrahim R, Jason A, Grimwood A. An evaluation of the impact of a community-based adherence support programme on ART outcomes in selected government HIV treatment sites in South Africa. *AIDS Care.* 2011;23(2):231-6.
 51. Kipp W, Konde-Lule J, Saunders LD, Alibhai A, Houston S, Rubaale T, Senthilselvan A, Okech-Ojony J. Antiretroviral treatment for HIV in rural Uganda: two-year treatment outcomes of a prospective health centre/community-based and hospital-based cohort. *PLoS One.* 2012;7(7):e40902.
 52. Grimsrud A, Sharp J, Kalombo C, Bekker LG, Myer L. Implementation of community-based adherence clubs for stable antiretroviral therapy patients in Cape Town, South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19984.
 53. Tenthani L, Cataldo F, Chan AK, Bedell R, Martiniuk AL, van Lettow M. Involving expert patients in antiretroviral treatment provision in a tertiary referral hospital HIV clinic in Malawi. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:140.
 54. Joseph JK, Rigodon J, Cancedda C, Haidar M, Lesia N, Ramanagoela L, Furin J. Lay health workers and HIV care in rural Lesotho: a report from the field. *AIDS Patient Care STDS.* 2012 Mar;26(3):141-7.
 55. Moyer E. Peer mentors, mobile phone and pills: collective monitoring and adherence in Kenyatta National Hospital's HIV treatment programme. *Anthropol Med.* 2014;21(2):149-61.

56. Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(4):385-91.
57. Arnsten JH, Li X, Mizuno Y, Knowlton AR, Gourevitch MN, Handley K, Knight KR, Metsch LR; INSPIRE Study Team. Factors associated with antiretroviral therapy adherence and medication errors among HIV-infected injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46(Suppl 2):S64-71.
58. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, Wilson K, Buchan I, Gill CJ, Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med*. 2006;3(11):e438.
59. Wasti SP, van Teijlingen E, Simkhada P, Randall J, Baxter S, Kirkpatrick P, Gc VS. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Asian developing countries: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):71-81.
60. Reda AA, Biadgilign S. Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa. *AIDS Res Treat*. 2012;2012:574656.
61. Ramjan R, Calmy A, Vitoria M, Mills EJ, Hill A, Cooke G, Ford N. Systematic review and meta-analysis: Patient and programme impact of fixed-dose combination antiretroviral therapy. *Trop Med Int Health*. 2014;19(5):501-13.
62. Fernández-Montero JV, Vispo E, Soriano V. Emerging antiretroviral drugs. *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15(2):211-9.
63. Flexner C, Plumley B, Brown Ripin DH. Treatment optimization: an outline for future success. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013;8(6):523-7.
64. Nachega JB, Mugavero MJ, Zeier M, Vitória M, Gallant JE. Treatment simplification in HIV-infected adults as a strategy to prevent toxicity, improve adherence, quality of life and decrease healthcare costs. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:357-67.
65. Nachega JB, Rosenkranz B, Pham PA. Twice-daily versus once-daily antiretroviral therapy and coformulation strategies in HIV-infected adults: benefits, risks, or burden? *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:645-51.
66. Dang BN, Westbrook RA, Black WC, Rodriguez-Barradas MC, Giordano TP. Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PLoS One*. 2013;8(1):e54729.
67. Thames AD, Moizel J, Panos SE, Patel SM, Byrd DA, Myers HF, Wyatt GE, Hinkin CH. Differential predictors of medication adherence in HIV: findings from a sample of African American and Caucasian HIV-positive drug-using adults. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(10):621-30.
68. Watt MH, Maman S, Golin CE, Earp JA, Eng E, Bangdiwala SI, Jacobson M. Factors associated with self-reported adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. *AIDS Care*. 2010;22(3):381-9.
69. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):661-5.
70. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med*. 2004;19(11):1096-103.
71. Crozatti MT, França-Junior I, Rodrigues R, Carneiro Ferrão MD, Brigido LF, Della Negra M, Campéas AE, Castilho Raymundo ME, Marques SR, Waldman EA. Antiretroviral treatment adherence in childhood and adolescence: multidisciplinary team as an associated factor in Brazil. *AIDS Care*. 2013;25(11):1462-9.
72. Horberg MA, Hurley LB, Towner WJ, Allerton MW, Tang BT, Catz SL, Silverberg MJ, Quesenberry CP. Determination of optimized multidisciplinary care team for maximal antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(2):183-90.
73. Kushel MB, Colfax G, Ragland K, Heineman A, Palacio H, Bangsberg DR. Case management is associated with improved antiretroviral adherence and CD4+ cell counts in homeless and marginally housed individuals with HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2006;43(2):234-42.
74. Magnus M, Schmidt N, Kirkhart K, Schieffelin C, Fuchs N, Brown B, Kissinger PJ. Association between ancillary services and clinical and behavioral outcomes among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS*. 2001;15(3):137-45.
75. Tuller DM, Bangsberg DR, Senkungu J, Ware NC, Emenyonu N, Weiser SD. Transportation costs impede sustained adherence and access to HAART in a clinic population in southwestern Uganda: a qualitative study. *AIDS Behav*. 2010;14(4):778-84.

76. Kunutsor S, Walley J, Katabira E, Muchuro S, Balidawa H, Namagala E, Ikoona E. Clinic Attendance for Medication Refills and Medication Adherence amongst an Antiretroviral Treatment Cohort in Uganda: A Prospective Study. *AIDS Res Treat*. 2010;2010:872396.
77. Cauldbeck MB, O'Connor C, O'Connor MB, Saunders JA, Rao B, Mallesh VG, Praveen Kumar NK, Mamtha G, McGoldrick C, Laing RB, Satish KS. Adherence to anti-retroviral therapy among HIV patients in Bangalore, India. *AIDS Res Ther*. 2009;6:7.
78. Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, Westfall AO, Ulett KB, Routman JS, Abroms S, Raper JL, Saag MS, Allison JJ. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis*. 2009;48(2):248-56.
79. Mugavero MJ, Lin HY, Allison JJ, Giordano TP, Willig JH, Raper JL, Wray NP, Cole SR, Schumacher JE, Davies S, Saag MS. Racial disparities in HIV virologic failure: do missed visits matter? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50(1):100-8.
80. Zhang Y, Dou Z, Sun K, Ma Y, Chen RY, Bulterys M, Zhao Y, Zhu H, Liu Z, Zhang F. Association between missed early visits and mortality among patients of china national free antiretroviral treatment cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(1):59-67.
81. Walburn A, Swindells S, Fisher C, High R, Islam KM. Missed visits and decline in CD4 cell count among HIV-infected patients: a mixed method study. *Int J Infect Dis*. 2012;16(11):e779-85.
82. Daigle GT, Jolly PE, Chamot EA, Ehiri J, Zhang K, Khan E, Sou S. System-level factors as predictors of adherence to clinical appointment schedules in antiretroviral therapy in Cambodia. *AIDS Care*. 2015;27(7):836-43.
83. Lamb MR, El-Sadr WM, Geng E, Nash D. Association of adherence support and outreach services with total attrition, loss to follow-up, and death among ART patients in sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2012;7(6):e38443.
84. Etienne M, Burrows L, Osotimehin B, Macharia T, Hossain B, Redfield RR, Amoroso A. Situational analysis of varying models of adherence support and loss to follow up rates; findings from 27 treatment facilities in eight resource limited countries. *Trop Med Int Health*. 2010;15(Suppl 1):76-81.
85. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1162-72.
86. Nunn AS, da Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S. AIDS Treatment In Brazil: Impacts And Challenges. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(4):1103-13.
87. Scheffer M. *Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Sobravime; 2012.
88. Melchior R, Nemes MIB, Battistella MI, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Buchalla CM, Doninif AA; Equipe *Qualiaids*. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):143-51.
89. Nemes MIB, Caraciolo JMM, Santos MA, Alves AM, Yokaichiya CM, Prado RR, Vale FC, Baccarini R, Rossetto EV, Basso CR. *Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil: relatório da aplicação de 2010 e comparação com o resultado de 2007*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2011. Relatório técnico FIOCRUZ/ENSP 065-LIV-10 [citado em 3 ago. 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52013/relat_rio_final_qualiaids_2010_11614.pdf
90. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2014*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
91. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2011;52(6):793-800.
92. McNairy ML, El-Sadr WM. The HIV care continuum: no partial credit given. *AIDS*. 2012;26(14):1735-8.
93. Nachega JB, Uthman OA, del Rio C, Mugavero MJ, Rees H, Mills EJ. Addressing the Achilles' heel in the HIV care continuum for the success of a test-and-treat strategy to achieve an AIDS-free generation. *Clin Infect Dis*. 2014;59(Suppl 1):S21-7.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

95. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS; 2014.
96. Grangeiro A, Escuder MM, Menezes PR, Alencar R, Castilho EA: Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003-2006. *PLoS One*. 2011;6:e14585.
97. McGowan. An overview of antiretroviral pre-exposure prophylaxis of HIV infection. *Am J Reprod Immunol*. 2014;71(6):624-30.
98. Gengiah TN, Moosa A, Naidoo A, Mansoor LE. Adherence challenges with drugs for pre-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(1):70-85.
99. Nemes MIB, Marinho MFS, Kalichman A, Grangeiro A, Alencar RS, Lopes JF. Prevalência da Aderência e Fatores Associados. In: Brasil/Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 65-101.
100. Castanheira ERL, Nemes MIB. Avaliação de Características de Estrutura e Processo dos Serviços de Saúde. In: Brasil/Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao Tratamento por anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 23-63.
101. Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Conway S. The variability and predictors of quality of aids care services in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:51.
102. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MF. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*. 2004;18(Suppl 3):S15-20.
103. Nemes MI, Castanheira ER, Helena ET, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, Alves MT, Alencar TM, Ferraz DA. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):207-12.
104. Caraciolo JMM, Santa-Helena ET, Basso CR, Souza RA, Silva MH, Adão VM, Raposo MT, Nemes MIB. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. *Saude Soc*. 2009;18(Suppl 2):79-83.
105. Nemes MIB, Alencar TM, Basso CR, Castanheira ER, Melchior R, Alves MT, Caraciolo JM, Santos MA. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):137-46.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/AIDS - Qualiaids: relatório 2007/2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 28 abr. 2015]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf.
107. Vale FC. *Avaliação do questionário WebAd-Q como ferramenta de monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral nos serviços do SUS* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
108. Carvalho WMES. *Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para aferição da adesão do paciente ao tratamento antirretroviral nos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
109. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Equipe Qualiaids. *Questionário Qualiaids de Monitoramento da Adesão ao Tratamento (WebAd-Q)* [Internet] [citado em 04 ago. 2015]. Disponível em: www2.fm.usp.br/webad-q
110. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Gestores. Sistemas de informação. *Programa de Autoavaliação da Qualidade (Qualiaids)* [Internet] [citado em 28 abr. 2015] Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids>
111. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 3 ago. 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/caderno_qualiaids_ebook_set.pdf
112. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. IBGE; 2010 [citado em 28 abr. 2015]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.
113. Caraciolo JMM, Shimma E. *Adesão - da teoria à prática: Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Controle de Doenças/Programa Estadual DST/Aids-SP/Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP; 2007.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Portaria conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 3 ago. 2015]. Disponível em:

- http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/236/portaria_conjunta_n1_janeiro_2013_pdf_26480.pdf
115. Rocha GM, Bonolo PF, Ceccato MGB, Campos LN, Gomes RRFM, Acurcio FA, Guimarães MDC. Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Brasil/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil - coletânea de estudos do Projeto Atar: Projeto Atar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 17-32.
 116. Leite LHM, Papa A, Valentini RC. Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. *Rev. Nutr.* 2011;24(6):873-82.
 117. Rocha GM, Machado CJ, Acurcio Fde A, Guimarães MD. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad Saude Publica.* 2011;27(Suppl 1):S67-78.
 118. Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012;46(4):884-91.
 119. Fonseca LC, Martins FJ, Vieira Rde C, Pereira RMC, Ferreira AS, Raposo NR. Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012;45(2):151-5.
 120. Gutierrez EB, Sartori AM, Schmidt AL, Piloto BM, França BB, de Oliveira AS, Pouza AR, Moreno RV, de Melo Picone C, de Almeida Ribeiro MC. Measuring adherence to antiretroviral treatment: the role of pharmacy records of drug withdrawals. *AIDS Behav.* 2012;16(6):1482-90.
 121. Silveira MP, Guttier MC, Pinheiro CA, Pereira TV, Cruzeiro AL, Moreira LB. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):162-7.
 122. de Fatima Bonolo P, Ceccato Md, Rocha GM, de Assis Acúrcio F, Campos LN, Guimarães MD. Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics (Sao Paulo).* 2013;68(5):612-20.
 123. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc. Anna Nery.* 2013;17(4):740-8.
 124. Teixeira C, Dourado Mde L, Santos MP, Brites C. Impact of use of alcohol and illicit drugs by AIDS patients on adherence to antiretroviral therapy in Bahia, Brazil. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2013;29(5):799-804.
 125. Batista Jd, Albuquerque Mde F, Santos ML, Miranda-Filho Dde B, Lacerda HR, Maruza M, Moura LV, Coimbra I, Ximenes RA. Association between smoking, crack cocaine abuse and the discontinuation of combination antiretroviral therapy in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2014;56(2):127-32.
 126. Calvetti PU, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFD. Fatores psicossociais associados para adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil. *J. bras. psiquiatr.* 2014;63(1):8-15.
 127. Camargo LA, Capitao CG, Filipe EMV. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF.* 2014;19(2):221-32.
 128. Moraes DCA, Oliveira RC, Costa SFG. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. *Esc. Anna Nery.* 2014;18(4): 676-81.
 129. Silva AC, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(6):994-1000.
 130. Tufano CS, Amaral RA, Cardoso LR, Malbergier A. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Med J.* 2015;133(3):179-86.
 131. Galvao MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta paul. enferm.* 2015;28(1): 48-53.
 132. Padoin SMM, Züge SS, Aldrighi JD, Primeira MR, Santos EEP, Paula CC. Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015;24(1):71-8.
 133. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther.* 2015;40(2):192-5.
 134. Finocchiaro-Kessler S, Catley D, Thomson D, Bradley-Ewing A, Berkley-Patton J, Goggin K. Patient communication tools to enhance ART adherence counseling in low and high resource settings. *Patient Educ Couns.* 2012;89(1):163-70.

135. Amico KR, Harman JJ, Johnson BT. Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;41(3):285-97.
136. Teixeira PR, Paiva VSF, Shimma E. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPAIDS; 2000.
137. Brasil. Ministério da Saúde. *Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
138. Castanheira ERL, Capozzolo AA, Nemes MIB. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: Brasil/Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 133-69.
139. Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo. Documento final do X encontro estadual de ONG/aids de São Paulo [citado em 3 ago. 2015]. São Paulo: Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo [Internet]; 2015. Disponível em: http://www.forumaidssp.org.br/home/noticias/noticia_detalhe/634
140. ABIA, GIV, GRAB, GAPA-RS, GAPA-PA, GAPA-SP, et al. Manifesto SOS: Governo Dilma coloca controle social da Aids em risco de extinção [citado em 3 ago. 2015]. Rio de Janeiro: RADIS Comunicação e Saúde [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/multimedia/documentos/manifesto-sos-governo-dilma-coloca-controle-social-da-aids-em-risco-de-extincao#conteudo>.
141. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento [editorial]. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):5-8.
142. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
143. Bennett CL, Garfinkle JB, Greenfield S, Draper D, Rogers W, Mathews C, Kanouse DE. The relation between hospital experience and in-hospital mortality for patients with AIDS related PCP. *JAMA*. 1989;261(20):2975-9.
144. Turner BJ, Ball JK. Variations in inpatient mortality for AIDS in a national sample of hospitals. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1992;5(10):978-87.
145. Cunningham WE, Tisnado DM, Lui HH, Nakazono TT, Carlisle DM. The effect of hospital experience on mortality among patients hospitalized with acquired immunodeficiency syndrome in California. *Am J Med*. 1999;107(2):137-43.
146. Wilson IB, Landon BE, Ding L, Zaslavsky AM, Shapiro MF, Bozzette SA, Cleary PD. A national study of the relationship of care site HIV specialization to early adoption of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Med Care*. 2005;43(1):12-20.
147. Scheffer MC, Escuder MM, Grangeiro A, Castilho EA. Formação e experiência profissional dos médicos prescritores de antirretrovirais no Estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010;56(6):691-6.
148. Landon BE, Wilson IB, Cohn SE, Fichtenbaum CJ, Wong MD, Wenger NS, Bozzette SA, Shapiro MF, Cleary PD. Physician specialization and antiretroviral therapy for HIV. *J Gen Intern Med*. 2003;18(4):233-41.
149. Kitahata MM, Van Rompaey SE, Dillingham PW, Koepsell TD, Deyo RA, Dodge W, Wagner EH. Primary care delivery is associated with greater physician experience and improved survival among persons with AIDS. *J Gen Intern Med*. 2003;18(2):95-103.