UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

**Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/aids que
retiram medicação antirretroviral em atraso e suas
consequências na adesão ao tratamento**

Gabriela de Campos Seuanes

**Ribeirão Preto
2015**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/aids que retiram
medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao
tratamento

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Biociências Aplicadas à Farmácia para
obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Biociências
Aplicadas à Farmácia.

Orientada: Gabriela de Campos Seuane

Orientadora: Profa. Dra. Cleni Mara
Marzocchi Machado

Ribeirão Preto
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Seuanes, Gabriela de Campos

Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/aids que retiram medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao tratamento. Ribeirão Preto, 2015.

107 p.; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Biociências Aplicadas à Farmácia.

Orientadora: Machado, Cleni Mara Marzocchi

1. HIV/aids. 2. Terapia Antirretroviral. 3. Adesão. 4. Assistência Farmacêutica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gabriela de Campos Seuanes

Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/aids que retiram medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao tratamento

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Biociências Aplicadas à Farmácia para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Biociências Aplicadas à Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Cleni Mara Marzocchi Machado

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação aos participantes
que colaboraram com este estudo.
Sem eles, este trabalho não seria
realizado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus pelas oportunidades ao longo de minha vida, principalmente as que a cidade de Ribeirão Preto me proporcionou.

À minha família, pelo suporte e estímulo para a realização dos meus sonhos; ainda que, em muitas vezes, não entendem o trabalho desenvolvido, mas mesmo assim comemoram e vibram a cada etapa cumprida. Com carinho, agradeço a minha vó, *in memorian*, que sempre enviava energia e vibrações positivas diárias e divertia-me com suas histórias.

Aos meus pais, Paulo e Néia, e minha irmã Nathi, pelo apoio e incentivo ao longo de minha jornada. Vocês me estimulam a aprender sempre mais e esta paixão pelo “saber” será levada pelo resto da vida!

Em especial, um agradecimento ao meu amigo, companheiro e namorado, André, que compreendeu as minhas ausências e sempre esteve presente apesar da distância. E em muitos momentos foi a quem recorri para desabafar e demonstrar meus medos e incertezas e nestes momentos, ele me mostrou que eu era capaz.

A todos os professores, funcionários e colegas do Programa de Pós Graduação em Biociências Aplicadas à Farmácia da FCFRP e demais Programas e Faculdades do Campus que contribuíram para a construção de novos saberes, com os quais tive a oportunidade de compartilhar momentos gratificantes e de aprendizado.

Aos colegas da UETDI, pela atenção dispensada e paciência, com tantas perguntas respondidas e histórias para contar. Em especial, aos amigos da Farmácia, Rô e André, à Juliana e ao Chico pela colaboração diária.

À minha amiga e conselheira Fabi, agradeço pelo apoio e disponibilidade constante. Você foi uma das peças essenciais para a execução e desenvolvimento deste trabalho e muitas vezes, sua opinião e ombro amigo me fizeram repensar e acreditar que tudo valeria a pena.

Ao Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela, à Prof. Dra. Nathalie de Lourdes Souza Dewulf e a farmacêutica Lilian Primo, que desde o início estavam dispostos a ajudar com ideias, trocas de experiências e sugestões.

À Profa. Dra. Gleici Perdoná e sua equipe pelo auxílio na execução da análise estatística.

A minha Orientadora, Profa. Dra. Cleni Mara Marzocchi Machado, pelo aprendizado, confiança, oportunidade, paciência, pelas reuniões, conversas e debates ocorridos nestes últimos anos: obrigada!

As agências de fomento à pesquisa, CAPES e CNPq, por contribuírem para a realização deste estudo.

À Profa. Dra. Vania dos Santos pela oportunidade de ter contato com os alunos do primeiro ano da Graduação da FCFRP e pelos ensinamentos e experiências vividos durante o estágio PAE. Assim, descobri que os alunos ingressam na Universidade “encantados” com a profissão farmacêutica e, muitas vezes, esta admiração é interrompida ao longo dos anos de Graduação... se depender de mim, este sentimento pela nossa profissão, sempre existirá!

As minhas companheiras de dança que me acolheram em Ribeirão Preto e que me alegram em alguns segundos de abraços e batidas de quadril.

Aos meus amigos, de perto e de longe, antigos e novos; obrigada pelo apoio em todos os momentos e pelo companheirismo. Às amigas de graduação que mesmo seguindo caminhos diversos, sempre se fizeram presentes com lembranças, palavras de encorajamento e amor. E aquelas que seguiram os caminhos da Pós, obrigada pelas disciplinas compartilhadas, experiências trocadas e conversas ao longo destes anos.

Em especial, agradeço as minhas companheiras de moradia, Maíta e Marcela, pela paciência, vivência e amizade.

À minha querida amiga Renata/Sukita, sem palavras para expressar a minha gratidão pela amizade incondicional e incansável apoio; afinal, rimos, choramos, nos aventuramos e nos apoiamos a todo momento.

Aos participantes do estudo, por serem verdadeiros exemplos de vontade de viver e por me fazerem refletir sobre minhas próprias concepções sobre vários conceitos.

A todos que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, no desenvolvimento desta pesquisa, “meu muito Obrigada!”.

“Ninguém é igual a ninguém.

Todo ser humano é um estranho ímpar.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

SEUANES, G. C. **Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/aids que retiram medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao tratamento.** 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Desde a sua descoberta, no início da década de 80, o HIV/aids, constituiu-se como uma doença que ultrapassa os limites da dimensão biomédica, apresentando diversos desafios à sociedade. No Brasil, estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas vivem com HIV/aids. Foram desenvolvidas diferentes classes de drogas antirretrovirais para seu tratamento; as quais são eficazes para o controle parcial da replicação viral. Sem a descoberta da cura, é imprescindível que as pessoas vivendo com HIV/aids sigam as recomendações da equipe de saúde, aderindo ao tratamento proposto; aumentando sua qualidade de vida, bem como contribuindo para a diminuição da transmissão do vírus. Durante o tratamento, algumas dificuldades podem surgir, determinando momentos de maior ou menor adesão ao mesmo e os profissionais de saúde, dentre eles, os farmacêuticos, devem estar atentos a estes momentos. Este estudo transversal teve como objetivo analisar a retirada do TARV nos últimos 24 meses e investigar os possíveis fatores que levam a retirada desta medicação de forma irregular na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Participaram 250 pessoas que vivem com HIV/aids que retiram a medicação na Farmácia do local do estudo. Os participantes foram separados em dois grupos: Grupo em Atraso e Grupo Controle segundo seus históricos de dispensação da TARV nos vinte e quatro meses anteriores a realização das entrevistas. Predominaram participantes do sexo masculino (57,6%), com mais de 40 anos (76%), brancos (51,6%), com baixa escolaridade (48,4%), sem parceiro fixo (52,4%), residentes em Ribeirão Preto (63,6%). Todas as variáveis foram relacionadas em um estudo univariado e aquelas com um valor de “p” igual ou menor que 0,2 foram selecionadas para análise multivariada. As associações entre variáveis selecionadas e a retirada irregular comparada com a retirada regular, foi estimada pela estimativa com intervalo de confiança de 95%. As variáveis que mostraram associação com a retirada da TARV em atraso foram: fazer uso de outro medicamento além da TARV, apresentar resultado de exame de carga viral como detectável, ter, no início do período analisado, contagem de linfócitos T CD4 menor que 200 células /mm³ e ter baixa adesão como resultado do Teste de Morisky-Green.

Palavras chave: HIV/aids, terapia antirretroviral, adesão, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

SEUANES, G.C. **Study of the profile of patients with HIV / AIDS getting antiretroviral medication in delayed time, and its consequences on the treatment compliance.** 2015 107 f. Dissertation (Master). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Since its discovery in the early 80s, HIV / AIDS was established as a disease that pushes the boundaries of biomedical dimension, presenting many challenges to the society. In Brazil, there are almost 734,000 people carrying HIV / AIDS. Different classes of antiretroviral drugs were developed for their treatment, which are effective in partial control of viral replication. Yet incurable disease it is essential that people living with HIV / AIDS follow the recommendations of the health care agents, adhering to the proposed treatment, increasing their quality of life, and contributing to the reduction of transmission of the virus. During treatment, some difficulties may arise, determining moments of greater or lesser adherence, and pharmacists among other health professionals, should be aware of these moments. This cross-sectional study aimed to analyze the withdrawal of ART in the last 24 months, and investigate the possible factors that lead the medication withdrawal erratically on Special Treatment of Infectious Diseases Unit (UETDI) of the *Clinics Hospital - School of Medicine of Ribeirao Preto*, University of São Paulo. Two hundred and fifty people living with HIV / AIDS got medication in the study site pharmacy. Participants were divided into two groups: Group Control and Group Delay, according to their historical dispensing of ART in twenty-four months prior to the interviews; predominant male participants (57.6%) with more than 40 years (76%), white (51.6%), with low education (48.4%), with no steady partner (52.4%), residents in Ribeirão Preto (63.6%). All variables related in a univariate analysis, and those with a value of "p" equal to or smaller than 0.2 were selected for multivariate analysis. The associations between selected variables, and the irregular removal compared to regular withdrawal were estimated with 95% confidence interval. The variables that were associated with the withdrawal of ART arrears, and making use of another drug in addition to HAART, presented results of viral load test as detectable, having the beginning of period analyzed, CD4 lymphocyte count less than 200 cells / mm³, and have low compliance as a result of Morisky- Green test.

Keywords: HIV / AIDS, antiretroviral therapy, adherence, pharmaceutical care.

RESUMEN

SEUANES, G. C. Estudio del perfil de los pacientes portadores del VIH/SIDA que retiran medicación antiretroviral en retraso e sus consecuencias en la adhesión al tratamiento. 2015. 107 f. Disertación (Maestría). Facultad de Ciencias Farmacéuticas de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Desde cuando fue descubierto, en principios de la década de 80, el VIH/Sida se constituyó en una enfermedad que ultrapasa los límites de la dimensión biomédica, presentando diversos rectos a la sociedad. En Brasil se estima que aproximadamente 734.000 personas viven con Sida. Fueron desarrolladas distintas clases de drogas antiretrovirales para su tratamiento, las cuales son eficaces para el control parcial de la replicación viral. Mientras no descubran la cura, se hace imprescindible que las personas con Sida sigan las recomendaciones de los profesionales de salud, siguiendo el tratamiento propuesto; aumentando su calidad de vida, así como contribuyendo para la disminución de la transmisión del virus. Durante el tratamiento, algunas dificultades pueden surgir, determinando momentos de mayor o menor adhesión al mismo y los profesionales de salud, entre ellos, los farmacéuticos, deben atender a estos momentos. Ese estudio transversal tuvo como objetivo analizar la retirada del TARV en los últimos 24 meses e investigar los posibles factores que llevan a la retirada de esa medicación de forma irregular en la “Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas” (UETDI) del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – Universidad de Sao Paulo. En ese estudio participaron 250 portadores del Sida que retiraron la medicación en la Farmacia del local de la investigación. Los participantes fueron separados en dos grupos: Grupo en retraso y Grupo control según sus históricos de dispensación de la TARV en los 24 meses anteriores a la realización de las entrevistas. Predominaron participantes del sexo masculino (57,6%), con más de 40 años (76%), blancos (51,6%), con baja escolaridad (48,4%, sin pareja fija (52,4%); residentes en Ribeirão Preto (63,6%). Todas las variables fueron relacionadas en un estudio univariado y aquellas con un valor de “p” igual o menor que 0,2 fueron seleccionadas para un análisis multivariado. Las asociaciones entre las variables elegidas y la retirada irregular comparada con la retirada regular fueron estimadas por la estimativa con intervalo de confianza de 95%. Las variables que mostraron asociación con la retirada de la TARV en retraso fueron: hacer uso de otro medicamento además de la TARV, presentar resultado de examen de carga viral como detectable, presentar en un mínimo del período analizado, conteo de linfocitos T CD4 menor que 200 células/mm³ y presentar baja adhesión como resultado del Teste de Morisky-Green.

Palabras clave: HIV/Sida, terapia antiretroviral, adhesión, asistencia farmacéutica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes segundo a idade nos grupos atraso e controle	26
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes segundo sexo nos grupos atraso e controle.	26
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes segundo a escolaridade nos grupos atraso e controle	27
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes segundo a raça nos grupos atraso e controle	27
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes segundo local de nascimento	28
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes segundo local de residência	28
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes segundo a renda familiar mensal e grupo do estudo	29
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes segundo sua religião e grupo do estudo.....	29
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes segundo o consumo de álcool e grupo do estudo	30
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes segundo o tempo em anos de diagnóstico de HIV e grupo do estudo	31
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes segundo o tempo, em anos, de uso da TARV e grupo do estudo	31
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes segundo a TARV em uso e grupo do estudo	32
Tabela 13-	Distribuição dos participantes segundo a pontuação final do Teste de Morisky-Green e grupo do estudo a qual pertencem	33
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes segundo a classe terapêutica dos medicamentos em uso além da TARV	33
Tabela 15 -	Média dos valores de exames de CD4+ dos participantes	34
Tabela 16 -	Valores dos exames de carga viral dos participantes no início e no final dos 24 meses	35
Tabela 17 -	Número de retiradas da TARV na farmácia da UETDI dos participantes do Grupo em Atraso	35

Tabela 18 - Média dos dias em atraso para a retirada da TARV na farmácia da UETDI dos participantes do Grupo em Atraso	36
Tabela 19 - Distribuição dos participantes segundo a ausência em exames agendados pela UETDI nos grupos atraso e controle	36
Tabela 20 - Distribuição dos participantes segundo a ausência em consultas agendadas na UETDI nos grupos atraso e controle	37
Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo a idade nos grupos atraso e controle	38
Tabela 22 - Distribuição dos participantes segundo o sexo nos grupos atraso e controle	38
Tabela 23 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade nos grupos atraso e controle	39
Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo a raça nos grupos atraso e controle	39
Tabela 25 - Distribuição dos participantes segundo o local de nascimento nos grupos atraso e controle	40
Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo o local de residência nos grupos atraso e controle	40
Tabela 27 - Distribuição dos participantes segundo o fato de morar sozinho ou não nos grupos atraso e controle	41
Tabela 28 - Distribuição dos participantes segundo o fato de ter ou não parceiro fixo nos grupos atraso e controle	41
Tabela 29 - Distribuição dos participantes segundo o fato de ter ou não filho nos grupos atraso e controle	42
Tabela 30 - Distribuição dos participantes segundo o fato de receber ou não benefício do governo nos grupos atraso e controle	42
Tabela 31 - Distribuição dos participantes segundo o fato de trabalhar ou não nos grupos atraso e controle	43
Tabela 32 - Distribuição dos participantes segundo a renda familiar mensal nos grupos atraso e controle	43
Tabela 33 - Distribuição dos participantes segundo a religião nos grupos atraso e controle	44
Tabela 34 - Distribuição dos participantes segundo tabagismo nos grupos atraso e controle	44

Tabela 35 - Distribuição dos participantes segundo o consumo de bebida alcoólica nos grupos atraso e controle	45
Tabela 36 - Distribuição dos participantes segundo o uso de drogas ilícitas nos últimos 24 meses nos grupos atraso e controle	45
Tabela 37 - Distribuição dos participantes segundo a prática de atividade física nos grupos atraso e controle	46
Tabela 38 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico do vírus do HIV nos grupos atraso e controle	46
Tabela 39 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de uso de TARV nos grupos atraso e controle	47
Tabela 40 - Distribuição dos participantes segundo o esquema de TARV em uso nos grupos atraso e controle	47
Tabela 41 - Distribuição dos pacientes segundo a participação na reunião mensal do grupo de adesão nos grupos atraso e controle	48
Tabela 42 - Distribuição dos pacientes segundo sua opinião em relação à importância da TARV nos grupos atraso e controle	49
Tabela 43 - Distribuição dos pacientes segundo o recebimento de orientações sobre a TARV nos grupos atraso e controle	49
Tabela 44 - Distribuição dos pacientes segundo o fato de ter ou não dúvidas sobre a TARV nos grupos atraso e controle	50
Tabela 45 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de outra medicação além da TARV nos grupos atraso e controle	50
Tabela 46 - Distribuição dos pacientes segundo o consumo de chá nos grupos atraso e controle	51
Tabela 47 - Distribuição dos participantes segundo o fato de esquecer, às vezes, de tomar a TARV nos grupos atraso e controle	51
Tabela 48- Distribuição dos participantes segundo o fato de, às vezes, ser descuidado com a hora de tomar a TARV nos grupos atraso e controle	52
Tabela 49 - Distribuição dos participantes segundo o fato de deixar de tomar a TARV quando se sentem bem nos grupos atraso e controle	52
Tabela 50 - Distribuição dos participantes segundo o fato de se sentir mal quando toma a TARV e deixar de tomá-la nos grupos atraso e controle	53

Tabela 51 - Distribuição dos participantes segundo o resultado do Teste de Morisky-Green nos grupos atraso e controle	53
Tabela 52 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de carga viral nos 24 meses nos grupos atraso e controle	54
Tabela 53 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de contagem de linfócitos T CD4 no início dos 24 meses nos grupos atraso e controle	54
Tabela 54 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de contagem de linfócitos T CD4 no final dos 24 meses nos grupos atraso e controle	55
Tabela 55 - Distribuição dos pacientes segundo o critério de ser internado nos últimos 24 meses nos grupos atraso e controle	55
Tabela 56 - Distribuição das variáveis relacionadas com retirada em atraso com seus respectivos intervalos de confiança	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARVs	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FIF	Federação Internacional Farmacêutica
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy - Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
HCFMRP	USP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IP	Inibidores de protease
ITRN	Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos
ITRNN	Inibidores transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
UDM	Unidades dispensadoras de medicamentos
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	ii
Resumen	iii
Lista de tabelas	iv
Lista de abreviaturas e siglas	viii
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Panorama sobre HIV/aids no Brasil	01
1.2. Terapia Antirretroviral	03
1.3. Adesão ao Tratamento	06
1.4. O Profissional Farmacêutico	11
1.5. Ações e propostas atuais e futuras	15
2. OBJETIVO	18
2.1. Objetivo Geral	18
2.2. Objetivos Específicos	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	19
3.1. Modelo de estudo	19
3.2. Local do estudo	19
3.3. Critérios de inclusão	20
3.4. Critérios de exclusão	20
3.5. População de estudo e tamanho amostral	20
3.6. Instrumento de coleta dados para avaliação	23
3.7. Digitação e organização dos dados	24
3.8. Aspectos Éticos	24
4. RESULTADOS	25
4.1. Análise Descritiva	25
4.2. Resultados do Estudo de Associação entre Grupo do estudo: Atraso ou Controle e Possíveis Fatores de Risco	38
4.3. Análise Multivariada	56

5. DISCUSSÃO	57
5.1. Considerações Gerais	57
5.2. Discussão dos Resultados	58
5.3. Considerações finais	70
 6. CONCLUSÕES	 72
 7. REFERÊNCIAS	 73
 APÊNDICE 01.....	 82
 APÊNDICE 02.....	 83
 APÊNDICE 03.....	 84
 ANEXO 01.....	 90

1. Introdução

1.1. Panorama sobre HIV/aids no Brasil

Dentre os grandes desafios da saúde global, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) apresenta-se como um dos principais problemas de Saúde Pública. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o causador desta síndrome.

Desde a sua descoberta, no início da década de 80, o HIV/aids, constituiu-se como uma doença que ultrapassa os limites da dimensão biomédica, apresentando diversos desafios à sociedade principalmente para a abordagem biopsicossocial.

É evidente que investimentos em ações educativas e de prevenção são necessários, além do tratamento da doença para a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/aids, levando em consideração não apenas o bem-estar físico, mas também aos aspectos psicossociais.

Segundo a World Health Organization (WHO), aproximadamente 35 milhões de pessoas vivem com o HIV em todo o mundo, sendo que em 2013, 2,1 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus e no mesmo ano, 1,5 milhões de pessoas foram à óbito por aids (WHO, 2013).

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2014a), até junho de 2014, estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas vivem com HIV/aids.

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de aids, sendo que a região Sudeste apresenta a maior média de casos, 17 mil casos de aids ao ano.

Este Boletim ainda informa que a taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado uma estabilização nos últimos dez anos com média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. A região Sul apresenta esta estabilização com média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativo. A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos 10 anos, uma vez que, em 2004 a taxa de detecção foi de 26 e em 2013, a taxa de detecção foi de 18,7 casos a cada 100 mil habitantes.

À medida que aumenta a idade das pessoas vivendo com HIV/aids, a razão de sexo diminui; mostrando que há maior participação de homens entre os mais jovens e maior participação de mulheres entre os mais velhos.

A faixa etária com maior concentração de casos de aids no Brasil é entre 25-39 anos sem diferença significativa de sexo na taxa de detecção.

A razão de sexo é calculada pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres. E o Boletim mostra que apesar da razão de sexo apresentar uma redução, devido ao aumento na participação das mulheres nos casos de aids; na região Sudeste e Centro Oeste há um predomínio de homens em comparação com as outras regiões.

Nestas regiões citadas, a razão de sexo é de 21 casos de homens para cada dez mulheres com tendência significativa de crescimento contra aproximadamente 17 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres nas demais regiões.

Os homens apresentam maior taxa de detecção da doença entre os 15 e 24 anos e acima dos 60 anos, sendo que aumentou a incidência entre os jovens de 15 a 24 anos. Entre 35 a 44 anos há uma tendência significativa de queda na taxa de detecção e nas demais faixas apresenta-se uma estabilização.

Já as mulheres, apresentam uma tendência significativa de aumento na taxa de detecção nos últimos 10 anos entre adolescentes e nas acima de 55 anos. Até os nove anos e entre 20 e 44 anos, há uma tendência significativa de queda e nas demais faixas etárias apresenta-se uma estabilização.

Por fim, o boletim mostra que ao comparar a distribuição proporcional dos casos de aids segundo raça/cor por sexo desde 2004 até 2013 não há diferença estatística significativa nas proporções de casos entre indivíduos brancos, amarelos, pardos e indígenas, sendo que, somente entre pretos há uma proporção menor de homens em relação às mulheres. Foi observado um aumento significativo na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados como pardos e queda na proporção de brancos.

1.2. Terapia Antirretroviral

A instituição da terapia antirretroviral (TARV) não tem o objetivo de erradicar o vírus do HIV, mas diminuir a morbidade e mortalidade que sua infecção causa, melhorando a qualidade e a expectativa de vida dos portadores.

Os linfócitos T CD4 são células responsáveis pela ativação do sistema imunológico e essas são as células alvos do HIV, pois dentro delas que ocorre a replicação do vírus comprometendo o funcionamento do sistema de defesa do indivíduo.

As drogas antirretrovirais (ARVs) agem impedindo a replicação do HIV dentro dos linfócitos T CD4 e quando há o bloqueio da replicação do vírus, este não consegue atingir novos linfócitos, cessando a infecção de novas células por suas cópias.

Esta ação dos ARVs impede à progressão da doença e leva a uma redução da incidência das complicações oportunistas, resultando em uma melhora na imunidade do paciente, bem como na qualidade e maior expectativa de vida.

As diversas etapas do ciclo de reprodução do vírus permitem que os ARVs apresentem mecanismos de ação em alvos diferentes, dentre eles, a inibição das enzimas envolvidas no ciclo: transcriptase reversa, integrase e protease. E de acordo com a função de cada medicamento é possível classificá-lo.

A associação de drogas de diferentes classes, no esquema terapêutico, recupera parcialmente as condições imunológicas e mantém o controle virológico, a fim de diminuir a carga viral plasmática atingindo níveis muito baixos ou abaixo do limite de detecção na circulação periférica (GUIMARÃES, 2000).

Nos últimos anos foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV resultando no desenvolvimento de diferentes classes de drogas antirretrovirais, as quais se mostram eficazes para o controle parcial da replicação viral.

Atualmente, as classes de medicamentos antirretrovirais disponíveis são: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores de fusão, inibidores da integrase.

Até o final de 1980, a abordagem terapêutica para pacientes portadores de HIV/aids foi limitada ao tratamento de complicações oportunistas. (LEVI E VITÓRIA, 2002).

Para auxiliar nas ações referentes à prevenção, explicações e cuidados a população, em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids. Este Programa, em 2009, tornou-se um Departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o Programa Nacional para prevenção e controle de Hepatites Virais foi integrado a ele e funciona como um Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Este Programa tem como objetivo reduzir a transmissão dessas doenças e promover a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2015a).

A zidovudina (AZT), pertencente à classe dos inibidores da enzima transcriptase reversa, foi a primeira medicação antirretroviral usada no tratamento de pessoas com HIV/aids, em 1987 (SEPKOWITZ, 2001). Em 1989, o Estado de São Paulo começou a adquirir e oferecer o AZT, sendo o primeiro ARV distribuído na rede pública. Segundo TEIXEIRA (2003), a distribuição, inicialmente, não atingiu todas as pessoas vivendo com HIV/aids. E em 1990, o Ministério da Saúde iniciou a compra de todos os medicamentos disponíveis para aids, incluindo medicamentos para doenças oportunistas.

No ano de 1993, outros inibidores da transcriptase reversa: lamivudina, didanosina e zalcitabina, foram disponibilizados (MARINS *et al.*, 2003). No entanto, no período em que apenas a monoterapia ou o tratamento duplo com inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos estavam disponíveis, poucos pacientes recebiam a medicação (LEVI E VITÓRIA, 2002).

Com a chegada dos inibidores de protease o tratamento tornou-se mais eficaz para os pacientes. O esquema de terapia que incluía estas medicações foi denominado Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), conhecida como “Terapia Antirretroviral Altamente Ativa”. Nesta terapia, há a combinação de três ou mais medicamentos pertencentes a classes diferentes, como por exemplo, dois inibidores da transcriptase reversa e um inibidor de protease. Esta nova fase de TARV revelou-se um desafio para os profissionais da saúde em relação à adesão às medicações administradas.

No final de 1996, o tratamento com associação de drogas ARV, inibidoras de duas enzimas essenciais para a multiplicação viral efetiva, a transcriptase reversa e

a protease, conhecida popularmente como coquetel, foi introduzida no Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos, através da lei 9.313 (BRASIL, 1996). Esta lei também propõe que a padronização de terapias deve ser revista e republicada anualmente, ou quando for necessário, para a adequação às atualizações do conhecimento científico e à disponibilidade de novos medicamentos.

O SUS se comprometeu e é responsável pela distribuição universal e gratuita de medicamentos para o tratamento das pessoas vivendo com o HIV/aids, bem como, a organização ao acesso destes; tornando possível o tratamento em massa das pessoas que necessitam da terapia, que dificilmente teriam acesso de outra forma (DOURADO *et al.*, 2006).

A distribuição da TARV é feita a partir de estabelecimentos públicos de saúde, farmácias credenciadas, conhecidas como Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), distribuídas em diversos municípios de todo país.

Com a disponibilidade do tratamento, ocorreu o aumento na sobrevivência dos pacientes vivendo com HIV em comparação a pacientes diagnosticados com aids na década de 1980. À medida que estes pacientes estão vivendo mais, torna-se essencial a equipe de saúde proporcionar o aumento da qualidade de vida dessa população (GEOCZE *et al.*, 2010).

Definir o melhor momento para o início de tratamento é uma das decisões mais importantes no acompanhamento clínico; devem ser considerados os riscos associados à infecção não tratada frente aos da exposição prolongada aos medicamentos. Quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de linfócitos T CD4, observa-se uma redução da morbimortalidade e apresenta-se como suposta ferramenta na redução da transmissão do HIV. A partir de 2013, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, do Ministério da Saúde, recomenda-se o início da terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids independentemente da contagem de linfócitos T CD4, sintomáticos ou não. Estimula-se o início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2013).

Vale considerar a motivação da pessoa vivendo com HIV/aids, uma vez que utilizada a TARV, esta será de uso contínuo e permanente. Todavia, deve-se avaliar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos a longo prazo.

Após a introdução deste Protocolo de tratamento para adultos vivendo com HIV/aids, todas as pessoas deverão ter o acesso ao TARV. Segundo o diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Fábio Mesquita, até o final de 2014 a TARV atendeu aproximadamente 390 mil pessoas (BRASIL, 2014b) e segundo a UNAIDS (2014a), 13,6 milhões de pessoas receberam TARV até junho de 2014.

Sem a descoberta da cura, é imprescindível que as pessoas vivendo com HIV/aids sigam as recomendações da equipe de saúde, aderindo ao tratamento proposto; aumentando sua qualidade de vida, bem como contribuindo para a diminuição da transmissão do vírus.

A WHO relata que dentre as pessoas que vivem com HIV/aids, menos da metade faz uso da medicação conforme o prescrito e uma boa adesão, neste caso, pode ser considerada um fator decisivo no sucesso do tratamento devida à rápida replicação e taxa de mutação do HIV (WHO, 2003).

1.3. Adesão ao Tratamento

Os termos “compliance” e “adherence” são os termos mais utilizados para adesão; onde o primeiro termo carrega a ideia de passividade do paciente em relação ao tratamento, sempre seguindo a ordem do médico (OSTERBERG E BLASCHKE, 2005). Já o segundo termo, “adherence”, designa um papel mais ativo para o paciente, principalmente em terapias mais complexas; as quais exigem uma interação entre o paciente, doença, tratamento, resultado e serviço de saúde. (GARCIA, SCHOOLEY E BADARÓ, 2003).

A adesão não é um processo linear, durante o tratamento algumas dificuldades podem surgir, determinando momentos de maior ou menor adesão. Sendo assim, está relacionada às experiências vivenciadas ao longo do tratamento, não é uma característica do paciente e sim uma condição momentânea, “estar ou não estar aderente” (BRASIL, 2013).

Há diferença entre a adesão para doenças agudas e doenças crônicas. Segundo OSTERBERG E BLASCHKE, (2005), as taxas de adesão são mais elevadas entre os pacientes com quadros agudos quando comparadas com aqueles com doenças crônicas. A persistência do quadro clínico entre os pacientes com

condições crônicas é desencorajador e a adesão diminui mais acentuadamente após os primeiros seis meses de terapia.

Segundo a WHO, a adesão aos medicamentos de terapias de longo prazo é determinada por diferentes dimensões, em que ocorre a interação de fatores socioeconômicos e fatores relacionados ao próprio paciente, à terapia, à condição de saúde e ao serviço de saúde (WHO, 2003).

Há uma tendência das intervenções para aumentar a adesão serem realizadas somente na dimensão dos fatores relacionados ao paciente, quando o ideal seria uma exploração multidimensional dos fatores que podem afetar a adesão e das intervenções que objetivam melhorá-la (WHO, 2003).

Para GARCIA, SCHOOLEY E BADARÓ, (2003), a informação, o estilo de vida, a motivação e as competências comportamentais são essenciais para alcançar o nível máximo desejado de adesão. Deve-se levar em conta o estilo de vida do paciente para a adequação do tratamento, como adaptações nos horários de tomadas da medicação.

SOKOL e colaboradores (2005) avaliaram a relação da correta adesão à farmacoterapia para quatro doenças crônicas - diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e insuficiência cardíaca - com a redução dos custos com a hospitalização, obtiveram alguns resultados satisfatórios que revelaram benefícios econômicos associados a níveis elevados de adesão à medicação.

Diversos conceitos de adesão podem ser identificados. Em uma compreensão mais restrita, adesão pode ser definida como “o comportamento de uma pessoa – tomar remédio, seguir uma dieta ou fazer mudanças no estilo de vida – que corresponde às recomendações da equipe de saúde” (HAYNES *et al.*, 1979). Essa definição parte de uma compreensão limitada, pois equivale à noção de obediência, ao ato de conformar-se ou acatar.

Alguns fatores devem ser considerados na adesão (BRASIL, 2013); dentre eles: o comparecimento nas consultas agendadas com a equipe multidisciplinar; a realização de exames de seguimento em tempo oportuno; retirar os medicamentos na data prevista; tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos; não encerrar o medicamento antes do tempo indicado e não ajustar a dose por conta própria.

Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão (BRASIL, 2007a):

- É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social.

- Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.

- Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV.

A adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão para que a falha terapêutica não ocorra.

A adesão ao tratamento depende da qualidade do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde e do modo como os indivíduos infectados pelo HIV encaram suas possibilidades de continuar a lutar pela preservação da vida.

Não existe um padrão para determinar uma adesão adequada; os limites de adesão para a efetividade do tratamento são difíceis de serem estabelecidos (BONOLO *et al.*, 2007); (NIEUWKERK *et al.*, 2001); (RAFFA *et al.*, 2008). Alguns estudos consideram taxas superiores a 80% para serem aceitáveis, enquanto outros consideram as taxas superiores a 95% como obrigatórias para a adesão adequada a doenças graves, como para pessoas vivendo com HIV/aids (OSTERBERG E BLASCHKE, 2005).

Quando há a utilização de inibidores de protease, estudos mostraram que pelo menos 95% de adesão é necessária para manter a carga viral indetectável e um maior aumento na contagem de linfócitos T CD4 (PATERSON *et al.*, 2000).

O tratamento realizado em diferentes tempos do diagnóstico e progressão da doença demonstra consequências distintas; sendo que quando realizado no início do quadro, há uma reconstituição mais eficaz do sistema imune.

A decisão de iniciar a TARV deve ser feita em conjunto, entre o médico e paciente, após considerar vantagens e desvantagens do tratamento; o qual só deve ser realizado quando o paciente estiver esclarecido sobre a importância da adesão e mostrar-se motivado para o início da terapia.

Segundo GALLANT (2000), os esquemas terapêuticos devem ser escolhidos de acordo com a tolerância de cada paciente bem como cada consequência de resistência viral deve ser considerada antes do início.

A falha terapêutica é a resposta abaixo do esperado ou a falta de resposta da TARV sob critérios virológicos, imunológicos e/ou clínicos.

O conceito de falha terapêutica costuma englobar diferentes fatores: baixa adesão ao tratamento, potência virológica insuficiente, fatores farmacológicos e resistência viral. (BRASIL, 2013).

A falha virológica é caracterizada quando a carga viral plasmática fica acima do limite de detecção, detectável, após seis meses do início ou modificação da TARV ou por detecção da carga viral em indivíduos que a mantinham indetectável. Esta falha pode reduzir a recuperação do sistema imunológico do indivíduo e aumentar o risco de progressão da doença bem como contribuir para a manifestação de resistência aos ARVs.

A falha virológica é o principal parâmetro para a caracterização da falha terapêutica e a baixa adesão é uma das causas mais frequentes desta falha.

A não adesão a TARV pode implicar em um problema de Saúde Pública, uma vez que a resistência aos medicamentos pode ser transmitida a outras pessoas durante uma relação de alto risco, e ainda segundo a WHO, até 80% dos vírus isolados de recém-infectados são resistentes pelo menos a uma classe de medicamentos antirretrovirais atualmente aprovados (WHO, 2003).

A adesão é essencial para o sucesso do tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids. SANKAR e colaboradores (2006) destacam que tomar os medicamentos e seguir as recomendações médicas são decisões influenciadas por fatores contextuais, envolvendo níveis intrapessoal, interpessoal, da comunidade, social e econômico.

No caso de pessoas vivendo com HIV/aids, a melhora na adesão ao tratamento antirretroviral pode trazer benefícios semelhantes através da diminuição das interações ocasionadas por doenças oportunistas (POLEJACK E SEIDL, 2010).

O paciente deve ser informado sobre a doença e todos os significados da terminologia utilizada durante o acompanhamento, como carga viral e contagem de linfócitos T CD4, como a doença pode desenvolver-se ao longo do tempo e como a TARV pode auxiliar na qualidade de vida; bem como estar ciente de todos os serviços disponíveis no local de atendimento. Pois, ao entender a doença e ao conhecer o tratamento, o paciente colabora para melhorar sua adesão; além de melhorar a comunicação médico – paciente e aumentar a interação paciente - equipe de saúde (OSTERBERG E BLASCHKE, 2005).

A baixa adesão relaciona-se, sobretudo, à complexidade posológica e à ocorrência de efeitos adversos, devendo ser abordada em todos pacientes em falha. Destaca-se que a supressão viral pode ser obtida, mesmo sem alteração da TARV, nos casos de falha associada à má adesão precocemente identificada.

A adesão ao tratamento para as pessoas vivendo com HIV/aids é complexa devido a quantidade de medicamentos envolvida e por seus efeitos colaterais apresentados. Esquemas terapêuticos com três ou mais doses diárias, com duas ou mais doses tomadas em jejum e aqueles que apresentam efeitos colaterais tendem a reduzir a adesão ao tratamento (DA SILVEIRA *et al.*, 2003).

Vale ressaltar que o uso prolongado da TARV acarreta em alguns efeitos colaterais e adversos como distúrbios metabólicos e alterações na distribuição da gordura corpórea (VOLBERDING E DEEKS, 1998) e outros distúrbios no organismo como efeitos hepáticos e gastrointestinais (LESHO E GEY, 2003).

Em um estudo realizado por LIGNANI, GRECO e CARNEIRO (2001), em Minas Gerais, as pessoas vivendo com HIV/aids relataram os efeitos colaterais e a dificuldade em seguir a posologia recomendada como causas de falhas no uso de medicamentos. A baixa escolaridade, a idade menor de 40 anos e o menor tempo de tratamento foram associados a menor adesão ao TARV.

A visão além do âmbito biomédico para a compreensão das pessoas vivendo com HIV/aids, ampliada em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas demonstra a necessidade de diferentes profissionais atuando na atenção destes pacientes para que a adesão ao TARV seja efetiva (RIBEIRO *et al.* , 2005).

1.4. O Profissional Farmacêutico

A WHO propõe que, para o uso racional de medicamentos, é preciso, primeiramente, estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que o medicamento apropriado seja receitado, levando em consideração sua eficácia e segurança, definindo a melhor escolha (DE AQUINO, 2008).

A prescrição do medicamento escolhido deve ser adequada, na forma farmacêutica, dose e período de duração do tratamento correspondente à necessidade do paciente.

O medicamento deve estar disponível, ser seguro e eficaz. A dispensação deve ocorrer corretamente, apresentando as devidas orientações ao usuário, e, para que o tratamento tenha efeito, o paciente deve cumprir o regime terapêutico prescrito da melhor maneira possível.

A valorização do cuidado com a terapêutica medicamentosa deve envolver a formação de profissionais num processo de educação continuada, na orientação à população e no acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos.

BORTOLETTO e BOCHNER (1999) já mostravam que o amplo uso de medicamentos sem orientação era uma das principais causas de intoxicações humanas no país. O amplo uso indiscriminado de medicamentos tornou-se uma das grandes dificuldades enfrentadas pela saúde no âmbito mundial.

A automedicação inadequada, bem como a prescrição errada podem apresentar consequências mais graves como efeitos indesejáveis ou mascaramento de alguma doença evolutiva que poderia ser evitada no início, caso fosse solicitada a ajuda do profissional da saúde (ARRAIS *et al.*, 1997).

O risco da prática está relacionado ao grau de instrução e informação dos usuários sobre os medicamentos, bem como com a acessibilidade aos serviços e aos profissionais de saúde. Dentre estes profissionais, está o farmacêutico.

Ao farmacêutico são essenciais conhecimentos, atitudes e habilidades que lhe permitam integrar-se à equipe de saúde e interagir com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial no que se refere à otimização da farmacoterapia e ao uso racional de medicamentos.

A WHO em conjunto com a Federação Internacional Farmacêutica (FIF) organizaram um manual de prática farmacêutica com foco no atendimento do paciente. Este manual, divulgado em 2006, define o perfil do farmacêutico e

descreve as sete principais competências necessárias para o profissional ser membro integrante da equipe de saúde e assumir funções variadas, como por exemplo, garantir o melhor tratamento para os pacientes (WHO e FIF, 2006).

Dentre as competências apresentadas, uma importante é a de Comunicador. O farmacêutico é o profissional capacitado para orientar, educar e instruir o paciente sobre todos os aspectos relacionados aos medicamentos; sendo que, na maioria das vezes, ele é o último profissional a ter contato direto com o paciente, assistindo-o em todas as suas dúvidas sobre o tratamento, a doença e fatores envolvidos.

Esta é uma posição privilegiada para a comunicação de informações sobre saúde e medicamentos. E para que isso ocorra, é necessário que o farmacêutico tenha confiança e conhecimento seguro para interagir com os outros profissionais de saúde e os pacientes utilizando de linguagem adequada em função do público com o qual está trabalhando.

Alguns países defendem a inclusão do papel dos farmacêuticos como educadores e sua influência positiva no comportamento dos prescritores; mostrando a importância da atividade farmacêutica para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (ROZENFELD, 2008).

Para a atuação profissional, o farmacêutico deve focar no paciente e não no medicamento utilizado em sua terapia (BERGSTEN-MENDES, 2008).

Desde 1997, a WHO e a FIF reconhecem o papel relevante dos profissionais farmacêuticos na luta contra a epidemia da aids, o estigma e a discriminação associada à doença, por meio do desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão (WHO e FIF, 1997).

Segundo o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids, de 2010, as ações do farmacêutico, durante a realização da Atenção Farmacêutica, as intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema composto por equipe multidisciplinar podem contribuir para o impacto no nível coletivo e para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos (BRASIL, 2010).

Segundo a definição da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (BRASIL, 2007b), RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007, a Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreendem atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades,

compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde, de forma integrada com a equipe de saúde e a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

A atenção farmacêutica visando promover a melhoria da qualidade das informações sobre o esquema terapêutico em pacientes infectados pelo HIV tem sido apontada como fundamental em alguns estudos, como demonstram CECCATO e colaboradores (2004). Porém, ainda há um déficit de farmacêuticos para a realização desta prática, tanto nos casos de acompanhamento de pessoas vivendo com HIV como em outras patologias (AMBIEL e MASTROIANNI, 2013).

Os farmacêuticos são fonte valiosa de informação sobre a adesão ao TARV, uma vez que, eles podem fornecer informação educativa aos usuários sobre seus medicamentos como também, informar a equipe de assistência à saúde sobre falhas na reposição ou problemas no consumo do medicamento, sendo assim, um intermediário entre o médico e paciente.

Uma avaliação precisa da adesão é necessária para um efetivo planejamento do tratamento e assim, assegurar que as mudanças na saúde foram atribuídas aos regimes recomendados. Sabe-se hoje que, para se conseguir um resultado terapêutico satisfatório, faz-se necessário que pelo menos 95% dos medicamentos ARV prescritos sejam efetivamente tomados, fato que é percebido pela supressão da carga viral e melhoria do quadro imunológico (PATERSON *et al.*, 2000).

Estudos demonstraram que pacientes acompanhados por farmacêuticos, em uso de TARV, apresentaram uma melhora significativa na contagem de linfócitos T CD4, nos exames de carga viral e menos efeitos colaterais da medicação (MARCH, MAK e LOUIE, (2007); CANTWELL-MCNELIS e JAMES, (2002); HERNÁNDEZ ARROYO *et al.*, (2013)).

O trabalho realizado por MORIEL e colaboradores, em 2011, sugeriu que o acompanhamento farmacoterapêutico trouxe benefícios aos pacientes quando realizadas as intervenções farmacêuticas. Dentre eles, suposta melhora na resposta imunológica, com o aumento nos valores de linfócito T CD4, quando comparados com o grupo de pacientes, sem intervenções. Assim como a diminuição dos custos

gerados ao serviço de saúde pelos pacientes que tiveram o acompanhamento farmacoterapêutico, correspondendo a uma economia de US\$ 14,40 por paciente, na época.

Os farmacêuticos são habilitados para orientar de forma clara e precisa a administração da terapia medicamentosa a fim de melhorar o estado de saúde dos pacientes, diminuindo as despesas e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Sendo assim, os farmacêuticos desempenham um papel importante no atendimento ambulatorial das pessoas vivendo com HIV/aids, aumentando e assegurando a adesão ao TARV (CANTWELL-MCNELIS e JAMES, 2002).

Unidades dispensadoras de Medicamentos

Somente farmácias dos serviços de assistência especializada credenciados são autorizadas a distribuir os medicamentos, conhecidas como unidades dispensadoras de medicamentos (UDM). Os pacientes com indicação para iniciar a TARV devem ser notificados no Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) da farmácia onde são orientados em relação ao esquema prescrito. Como regra geral, a dispensação é feita mensalmente de acordo com a prescrição, quando são registrados o número de comprimidos e a dose de cada medicamento, incluindo trocas e modificações posológicas (BRASIL, 2005). Embora não seja possível afirmar se a medicação retirada da farmácia foi utilizada adequadamente, as informações sobre as dispensações dos medicamentos tornam-se importante instrumento na identificação precoce dos pacientes em risco de não adesão.

Segundo dados apresentados no SICLOM Gerencial, entre Abril/2005 e Julho/2015 existem 777 unidades dispensadoras de medicamentos no país, onde, em aproximadamente 726 UDM já ocorreu a implantação do SICLOM operacional, o que significa que estas unidades já estão dispensando a TARV, as demais, enquanto aguardam a implementação do sistema para o início da dispensação das medicações, estão cadastrando pacientes e estoque (BRASIL, 2015b).

1.5. Ações e propostas atuais e futuras

A notificação de casos identificados de HIV era obrigatória em gestantes e recém-nascidos. A partir de Junho/2014, os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar regularmente às autoridades de saúde os casos de infecção por HIV a partir da confirmação do diagnóstico.

Até então, os serviços de saúde tinham que fazer a notificação dos casos de aids, ou seja, após a manifestação da doença com o comprometimento do sistema imune, o que pode ocorrer anos depois da infecção.

A determinação consta em Portaria publicada no Diário Oficial da União, que inclui a infecção por HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (BRASIL, 2014c).

Os profissionais de saúde terão que notificar todos os casos de aids em adultos e crianças, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente como infecção pelo HIV. Vale ressaltar que, a partir de agora, terão que ser notificados os portadores por HIV e também as pessoas que vivem com aids.

As pessoas com infecção pelo HIV em acompanhamento clínico laboratorial e diagnosticadas com data anterior à publicação da Portaria serão notificadas à medida que comparecerem à rede de serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo é oferecer o tratamento com antirretrovirais desde o diagnóstico do HIV, independentemente da contagem de células de defesa CD4 e do estágio da doença.

A notificação deve ser realizada no SINAN, o qual serve para notificar casos de aids, hepatites virais e algumas doenças sexualmente transmissíveis, além de controlar o registro e o processamento desses dados em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.

Meta 90/90/90

O ampliação da assistência às pessoas com HIV e aids e o incentivo ao diagnóstico precoce fazem parte das estratégias do Ministério da Saúde no cumprimento da meta “90-90-90”, tal meta foi adotada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2014b).

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2014 (BRASIL, 2014a), o Brasil reitera seu compromisso da meta 90/90/90 até 2020; onde 90% de pessoas vivendo com HIV/aids tenham o conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas HIV+ estejam em tratamento; 90% das pessoas em tratamento apresentem carga viral indetectável.

Dose combinada

Em acordo com alguns laboratórios farmacêuticos, o governo federal aprovou a formulação da dose fixa combinada de alguns antiretrovirais. Entre as novidades apresentam-se tenofovir (300mg) + lamivudina (300mg) em um único comprimido e assim como tenofovir (300mg) + lamivudina (300mg) + efavirenz (600mg).

Alguns Estados Brasileiros, que possuíam a taxa de detecção maior que a média nacional, já disponibilizavam tais combinações anteriormente à distribuição nacional, ocorrida no final de 2014. A distribuição dos “3 em 1”, inicialmente, aconteceu aos novos casos de diagnóstico de HIV, como início de terapia e posteriormente foi estendida a todos os pacientes que fazem uso desta TARV.

Ao diminuir o número de comprimidos a serem ingeridos, os medicamentos “2 em 1” e “3 em 1”, como são conhecidos, facilitarão a adesão do paciente ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids.

Os antirretrovirais envolvidos nas doses combinadas foram escolhidos devidos alguns fatores, dentre eles, pela possível coformulação em dose única, assim como a escolha dos mesmos como terapia inicial e opção segura de primeira linha.

Outras modificações, como o Ritonavir em comprimido, aumentam a adesão dos pacientes ao TARV, em vista que, neste caso, não será mais necessário armazenar a medicação em geladeira, como deveria ser feita com a apresentação da forma farmacêutica anterior, cápsula.

Apesar da estabilização do número de casos, a atual fase do HIV/aids indica que o trabalho de prevenção a novas infecções deve ser continuado por muito tempo. Ao mesmo, o seguimento dos novos e antigos portadores deve ser ampliado cada vez mais, em virtude das novas regras para início da TARV. A tendência é o aumento da demanda nos serviços de referência ao HIV/aids. Nesta nova realidade, haverá a necessidade de mais trabalhadores de diversas formações na saúde para

compor equipes que darão assistência aos infectados pelo HIV. Grande parte da assistência a estes pacientes será voltada à adesão aos ARVs. Dentro deste contexto, será necessária a presença de profissionais bem capacitados para realizar este trabalho de peculiar importância. Dessa forma, dentre estes profissionais, os farmacêuticos apresentam habilidades que contribuem para o bom acompanhamento e a boa adesão à TARV, melhorando o estado de saúde e a qualidade de vida dos portadores do HIV/aids.

2. Objetivo

2.1. Objetivo Geral

Analisar, nos últimos vinte e quatro meses, os registros sobre a dispensação da TARV das pessoas vivendo com HIV/aids, atendidos no ambulatório da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP).

2.2. Objetivos Específicos

- Investigar os possíveis fatores que levam a retirada da TARV de forma irregular.
- Avaliar a adesão a TARV.
- Investigar a relação entre atraso na retirada da TARV e a resposta virológica (carga viral) e imunológica (CD4) do paciente.

3. Materiais e Métodos

3.1. Modelo de estudo

O estudo é descritivo do tipo transversal.

3.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada na UETDI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

A UETDI foi inaugurada em agosto de 1996, abrigando os setores de enfermagem, hospital-dia, farmácia e ambulatório no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Para os pacientes atendidos na UETDI são oferecidos alguns serviços, dentre eles: atendimento com psicóloga, farmacêuticos, dentista, assistente social, nutricionista, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Estes dois últimos são mais direcionados às crianças. Além desses serviços, a Unidade oferece atendimentos para Moléstias Infecciosas, para casos de acidente ocupacional, para paciente co-infectados com HIV e hepatite e atendimento para viajantes. No caso desses últimos, a área a ser visitada será analisada e as devidas precauções e prevenções em relação a vacinas e outras providências serão realizadas conforme a necessidade dos pacientes.

Na UETDI tem cadastrados aproximadamente 1800 pacientes. Aqueles que fazem o uso de TARV podem retirar a medicação na farmácia da Unidade ou nas outras UDMs da região. A medicação antirretroviral dispensada é suficiente para 30 dias, sendo assim, os pacientes, ou alguém autorizado por eles, devem retornar à Unidade mensalmente para adquirir a TARV e prosseguir com o tratamento.

3.3. Critérios de inclusão

- Ter no mínimo 18 anos de idade;
- Estar em uso de TARV há mais de vinte e quatro meses;
- Ter condições física e/ou mental para responder o questionário.

3.4. Critérios de exclusão

- Ter abaixo de 18 anos;
- Estar gestante nos últimos vinte e quatro meses;
- Estar em uso de TARV há menos de vinte e quatro meses;
- Não ter condições física e/ou mental para responder o questionário;
- Estar detido no sistema prisional no momento da seleção.

3.5. População de estudo e tamanho amostral

A seleção dos pacientes foi realizada com as informações contidas no SICLOM. Através deste sistema foi possível obter uma relação de pacientes que estavam em atraso com a retirada da medicação da TARV, ou seja, não retiraram medicação há mais de 30 dias da retirada anterior, bem como a relação dos pacientes que retiram a medicação da TARV em até 30 dias da retirada anterior. A primeira lista gerou o Grupo de pacientes em Atraso e a segunda o Grupo Controle de pacientes.

Ambas as listas foram fornecidas pelo farmacêutico responsável pelo acesso a tais informações na Farmácia da UETDI-HCFMRP. As listas foram retiradas do SICLOM, através do relatório gerado pelo histórico de dispensação de cada paciente.

Inicialmente, havia aproximadamente 2300 pacientes cadastrados no SICLOM que retiram a TARV na UETDI, onde 1650 pacientes ficaram alocados na lista com a “retirada em dia”, ou seja, que retiram a medicação da TARV até o 30º dia da última retirada e 650 pacientes na lista que retiram a TARV “em atraso”.

Algumas considerações e atualizações foram realizadas anteriormente à seleção final dos pacientes de cada grupo.

A primeira consideração foi em relação aos pacientes que foram a óbito e ainda estavam presentes nas listas fornecidas, principalmente na lista dos pacientes do Grupo em Atraso. Esta situação é possível, pois não há cruzamento de dados entre os sistemas utilizados no HCFMRP e no SICLOM. Após a conferência de dados, 84 pacientes foram retirados do estudo, pois foram a óbito. Esta informação foi repassada ao responsável pelo SICLOM para que os dados fossem atualizados.

Na etapa seguinte foram retiradas, da listagem original, os pacientes tratados na pediatria e as mulheres gestantes durante a atualização de dados ou que estiveram gestantes no período de Agosto/11 até Agosto/13, contabilizando vinte e quatro meses em relação ao período de realização desta etapa. Foram retirados aproximadamente 290 pacientes.

Dentre os pacientes presentes nas listas foi necessário analisar a data de início de retirada de TARV, a qual deveria ser no mínimo em Agosto/11, totalizando vinte e quatro meses de uso da medicação no momento da análise, como previsto no projeto.

Outra consideração realizada foi em relação aos pacientes que são acompanhados e frequentam o ambulatório no HCFMRP e aqueles que apenas retiram a medicação na farmácia da UETDI e fazem acompanhamento com médicos externos ao HCFMRP. As duas listas foram analisadas e foram retirados aproximadamente 500 pacientes que não são atendidos nos ambulatórios da unidade, considerados pacientes “externos” os quais só vão à UETDI para a retirada da TARV, dificultando a realização da entrevista feita posteriormente.

Alguns pacientes apresentavam cadastros duplicados, os quais foram repassados aos responsáveis para a atualização. Após estas considerações, aproximadamente 1000 pacientes estavam aptos a serem incluídos no estudo.

Com a atualização inicial destes dados, foram solicitadas ao Ministério da Saúde, após justificativa do projeto e preenchimento de um Termo de confidencialidade, as datas de retiradas de TARV dos 1000 pacientes aptos para participarem do estudo.

As datas fornecidas pelo Ministério da Saúde foram necessárias para a melhor avaliação dos históricos de retiradas de TARV dos pacientes, pois foi apresentada em única planilha, com todo o histórico de cada paciente, uma vez que esta etapa, ao ser realizada no SICLOM, deveria buscar ativamente o histórico de dispensação de cada paciente, individualmente, desprendendo um grande tempo.

Após a análise da planilha disponibilizada pelo Ministério da Saúde, os pacientes foram realocados em dois grupos, atualizando os grupos iniciais. O primeiro chamado de “Grupo Controle” foi composto por pacientes que retiraram a TARV todos os meses entre o período de Agosto/2011 e Agosto/2013 e o segundo denominado “Grupo em Atraso”, composto pelos pacientes que deixaram de retirar a TARV pelo menos um mês dentro do período de vinte e quatro meses anteriores a análise.

Do total destes 1.000 pacientes cadastrados, foi selecionada uma amostra de 20% de participantes, baseado em estimativas da prevalência de retirada em atraso da TARV. Considerando-se esta proporção com o nível de significância de ($\alpha = 5\%$) e erro amostral de 5%, o tamanho da amostra foi equivalente a 250 pacientes, sendo 125 pacientes para cada grupo.

Com os grupos definidos, foi utilizado o programa Excel para a realização de sorteio aleatório para cada grupo de pacientes.

Foram sorteados 178 pacientes correspondentes ao Grupo Controle e 196 pacientes do Grupo em atraso. Cada grupo deveria ser constituído por 125 pacientes e foram sorteados pacientes a mais nos dois grupos para que, se necessário, já existissem pacientes selecionados para a substituição.

Os selecionados foram convidados a participar da pesquisa e alguns deles optaram por não participar, os quais foram substituídos pelos próximos pacientes da lista.

Antes de iniciar as entrevistas do estudo, foi realizado um piloto para a validação do instrumento de coleta de dados. Nesta fase, vinte pacientes responderam ao questionário. Estes pacientes foram abordados no momento que retiravam a TARV na farmácia e estas respostas não foram utilizadas na análise. Durante as entrevistas deste piloto, algumas variáveis mostraram-se relevantes para serem inseridas na ferramenta utilizada para a coleta de dados, sendo assim, foi solicitada a inclusão de algumas perguntas no questionário da pesquisa; a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

As entrevistas foram realizadas no mesmo dia de agendamento da consulta na UETDI, sem o contato prévio por telefone com o paciente. A ideia inicial de entrar em contato com o paciente pelo telefone, explicando a pesquisa e convidando-o para participar, foi descartada após o conhecimento de um campo no cadastro do

SICLOM no qual o paciente deixa autorizado o contato, por quaisquer motivos, por telefone. A maioria dos pacientes, não autoriza este contato. Sendo assim, o paciente só teve conhecimento da pesquisa no momento que foi abordado no dia da consulta.

Após o consentimento do paciente em participar do estudo, a entrevista foi realizada face a face em sala reservada da unidade. No caso em que os pacientes não aceitaram sua participação na pesquisa, foi realizada a reposição do mesmo, recorrendo-se as listas previamente sorteadas, até atingir a quantidade de 125 pacientes por grupo.

Sendo assim, foram realizadas 250 entrevistas com os pacientes portadores do vírus do HIV que fazem seguimento no ambulatório da UETDI do HCFMRP-USP e destes participantes, foi avaliado o histórico de retirada de medicação durante o período de vinte e quatro meses que antecederam a data da entrevista; sendo que, após esta avaliação, alguns participantes foram realocados nos grupos.

As entrevistas foram realizadas entre Janeiro e Novembro de 2014 e utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado (APÊNDICE 01).

3.6. Instrumento de coleta dados para avaliação

Foi aplicado o instrumento de coleta de dados para obtenção de informações sobre dados demográficos como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e outras. Dados sobre comportamento como uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas também foram coletados. Além disso, foram obtidas informações sobre tempo de diagnóstico, tempo de uso da TARV e a aplicação do instrumento validado de Morisky-Green-Levine (MORISKY *et al*, 1986) para medir o grau de adesão a TARV. Os marcadores de resposta a TARV como exames de contagem de Linfócitos T CD4 e carga viral do HIV foram obtidos em registros de exames e de prontuário, previamente autorizado pelos participantes.

3.7. Digitação e organização dos dados

Foi criado um banco de dados para inserir as informações dos dois grupos estudados no Programa EXCEL e transferido para o Programa Epi Info, versão 7. Foi adotado o intervalo de confiança de 95%. Foram utilizados os testes de Fisher e do qui-quadrado para análise univariada e aquelas que apresentaram $p < 0,20$ foram para um modelo de regressão logística em estudo multivariado.

3.8. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sendo aprovado no Protocolo CEP/FCFRP nº. 307.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, realização das entrevistas, garantia de sigilo, autorização para uso de resultados de exames apresentados no prontuário e a utilização dos resultados em trabalhos científicos e estavam cientes que a participação era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 02).

4. Resultados

4.1. Análise Descritiva

Dentre os 977 pacientes aptos a participarem do estudo, foram convidados a participar das entrevistas, 269 pacientes, sendo que 19 pacientes não concordaram em participar e foram substituídos pelos pacientes anteriormente sorteados.

Durante o tempo de realização do estudo, sete pacientes foram a óbito, dois tornaram-se detentos e três continuaram o acompanhamento do tratamento fora do HCFMRP. Portanto, foram retirados do estudo 12 pacientes além dos 19 pacientes que não concordaram em participar da pesquisa.

Ao final do estudo, foram entrevistados 250 pacientes, sendo que 125 participantes foram alocados no Grupo Controle e 125 no Grupo em Atraso da retirada da TARV.

As tabelas de 1 a 20 são apenas descritivas e mostram características gerais da população estudada.

Em relação a variável idade, os participantes apresentam uma média de 47,7 anos e desvio padrão de 10,3. A mediana é de 48 anos e a amplitude de variação mostrou – se consideravelmente larga, variando de 20 a 77 anos.

De acordo com a tabela 1 observa-se que os grupos apresentaram distribuições diferentes em relação a variável idade, sendo que no Grupo em Atraso a maioria dos participantes concentra-se na faixa etária de 41 a 50 anos, enquanto que no Grupo Controle, a faixa etária predominante é entre 51 a 60 anos.

Tabela 1- Distribuição dos participantes segundo a idade nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Idade</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
18 a 30 anos	11	4,4	8	6,4	3	2,4
31 a 40 anos	49	19,6	29	23,2	20	16,0
41 a 50 anos	99	39,6	61	48,8	38	30,4
51 a 60 anos	65	26,0	17	13,6	48	38,4
61 a 70 anos	19	7,6	9	7,2	10	8,0
Acima de 70 anos	7	2,8	1	0,8	6	4,8
Total	250	100	125	100,0	125	100,0

A maioria dos participantes era do sexo masculino, sendo que do total dos 250 participantes entrevistados, 57,6% são homens, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo sexo nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Sexo</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Feminino	106	42,4	56	44,8	50	40,0
Masculino	144	57,6	69	55,2	75	60,0
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

A tabela 3 mostra que aproximadamente metade dos participantes do estudo apresenta baixo grau de escolaridade, sendo que 46% ($n = 115$) possuem o Ensino Fundamental Incompleto e um quarto dos participantes apresenta o Ensino Médio Completo.

Este comportamento foi mantido nos grupos, que apresentaram diferença no Ensino Médio Incompleto e no Ensino Superior; sendo que na primeira categoria

citada, o Grupo em Atraso apresentou 9,6% dos participantes contra 2,4% do Grupo Controle e em relação ao Ensino Superior, finalizado ou não, o Grupo em Atraso apresenta 8,8% de seus participantes, quase metade dos 16,8%, valor encontrado no Grupo Controle.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Escolaridade</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nenhuma	6	2,4	3	2,4	3	2,4
Fundamental Incompleto	115	46,0	57	45,6	58	46,4
Fundamental Completo	19	7,6	10	8,0	9	7,2
Médio Incompleto	15	6,0	12	9,6	3	2,4
Médio Completo	63	25,2	32	25,6	31	24,8
Superior Incompleto	10	4,0	2	1,6	8	6,4
Superior Completo	22	8,8	9	7,2	13	10,4
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Em relação à raça a maioria dos participantes 51,6%, autodeclararam ser brancos, sendo que esta parcela é seguida pelos participantes pardos e depois pelos negros que representam a minoria em ambos os grupos (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo a raça nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Raça</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Branco	129	51,6	64	51,2	65	52,0
Negro	36	14,4	15	12,0	21	16,8
Pardo	85	34,0	46	36,8	39	31,2
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

A tabela 5 mostra que a maioria dos participantes nasceu em cidades do Estado de São Paulo totalizando 80%, sendo que 26% são da cidade de Ribeirão Preto.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo local de nascimento. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Local de Nascimento</i>	Geral		Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estado de São Paulo	135	54,0	66	52,8	69	55,2
Ribeirão Preto	65	26,0	35	28,0	30	24,0
Outro estado	50	20,0	24	19,2	26	20,8
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Analisando-se o local de residência (tabela 6), verifica-se que a maioria dos participantes reside em Ribeirão Preto (63,6%) e 35,6% residem em outras cidades do Estado de São Paulo.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo local de residência. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Local de Residência</i>	Geral		Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estado de São Paulo	89	35,6	46	36,8	43	34,4
Ribeirão Preto	159	63,6	78	62,4	81	64,8
Outro estado	2	0,8	1	0,8	1	0,8
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Em relação à renda familiar, o Grupo em Atraso apresentou 56,8% dos participantes com até 2 salários mínimos mensais e no Grupo Controle esta parcela é menor com 48% dos entrevistados, segundo a tabela 7.

Tabela 7- Distribuição dos participantes segundo a renda familiar mensal e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Renda Familiar</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 2 salários mínimos	131	52,4	71	56,8	60	48,0
De 2 a 5 salários mínimos	90	36,0	40	32,0	50	40,0
Acima de 5 salários mínimos	29	11,6	14	11,2	15	12,0
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

As religiões que concentram a maioria dos participantes são a católica e a evangélica, sendo que no Grupo em Atraso, 40% dos entrevistados são católicos e no Grupo Controle 42,4% e os evangélicos são representados por 33,6% e 29,6% dos participantes, respectivamente no Grupo em Atraso e no Grupo Controle. Conforme apresentado na tabela 8, apenas o Grupo Atraso apresentou participantes ateus, com a pequena parcela de 0,8% do total de entrevistados.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo sua religião e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Religião</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ateu	2	0,8	2	1,6	0	0,0
Católica	103	41,2	50	40,0	53	42,4
Espírita	22	8,8	10	8,0	12	9,6
Evangélica	79	31,6	42	33,6	37	29,6
Outras	44	17,6	21	16,8	23	18,4
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Em relação ao consumo de álcool, 45,6 % dos participantes do Grupo em Atraso e 59,2% dos participantes do Grupo Controle afirmaram que, atualmente (época da realização da entrevista), não ingerem álcool. O consumo de álcool aos finais de semana, representado pela concentração de participantes que ingerem álcool de 2 a 3 vezes na semana, correspondem a 28,8% e 16,8% nos Grupo em Atraso e no Grupo Controle, respectivamente (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo o consumo de álcool e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Consumo de Álcool</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mais de 1 vez/dia, todos os dias	3	1,2	2	1,6	1	0,8
Uma vez ao dia, todos os dias	6	2,4	2	1,6	4	3,2
De 2 a 3 vezes na semana	57	22,8	36	28,8	21	16,8
De 1 a 2 vezes ao mês	12	4,8	5	4,0	7	5,6
Esporadicamente	41	16,4	23	18,4	18	14,4
Nunca	131	52,4	57	45,6	74	59,2
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

A tabela 10 mostra a distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico do HIV, em anos. A amplitude de variação foi de três a 29 anos, com tempo médio de diagnóstico de 12,4 anos. A concentração maior de participantes está entre as faixas de 6 a 20 anos, sendo que no Grupo em Atraso, a faixa mais expressiva foi de 11 a 15 anos com 28,8% dos participantes; enquanto que no Grupo Controle foi de 6 a 10 anos com 31,2%. Ambos os grupos apresentaram 23,2% dos participantes com o diagnóstico entre 16 a 20 anos.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo o tempo em anos de diagnóstico de HIV e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Tempo, em anos, de diagnóstico de HIV</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 5 anos	37	14,8	22	17,6	15	12,0
De 6 a 10 anos	64	25,6	25	20,0	39	31,2
De 11 a 15 anos	65	26,0	36	28,8	29	23,2
De 16 a 20 anos	58	23,2	29	23,2	29	23,2
De 21 a 25 anos	23	9,2	12	9,6	11	8,8
Acima de 25 anos	3	1,2	1	0,8	2	1,6
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Em relação ao tempo, em anos, de utilização da TARV, os participantes do Grupo em Atraso apresentaram maior concentração no período de 11 a 15 anos, correspondente a 31,2% dos participantes deste grupo. Já no Grupo Controle, a faixa mais representativa foi de seis a 10 anos de uso de TARV, com 32,8% dos participantes deste grupo. A amplitude de variação foi de dois a 23 anos e média de aproximadamente 10 anos. No Grupo Controle, 0,8% dos participantes faz uso da TARV há mais de 20 anos (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo o tempo, em anos, de uso da TARV e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Tempo, em anos, de uso de TARV</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 5 anos	61	24,4	33	26,4	28	22,4
De 6 a 10 anos	75	30,0	34	27,2	41	32,8
De 11 a 15 anos	70	28,0	39	31,2	31	24,8
De 16 a 20 anos	43	17,2	19	15,2	24	19,2
Acima de 20 anos	1	0,4	0	0,0	1	0,8
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Na tabela 12 são apresentados os esquemas antirretrovirais mais utilizados pelos participantes entrevistados. O esquema EFZ+3TC+AZT é o mais utilizado nos dois grupos, representando 24,0% e 35,2% no Grupo em Atraso e Controle, respectivamente, seguido de quatro esquemas mais representativos nos grupos.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes segundo a TARV em uso e grupo do estudo. Ribeirão Preto, SP, 2014.

TARV em uso	Geral		Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
EFZ+3TC+AZT	74	29,6	30	24,0	44	35,2
EFZ+3TC+TDF	42	16,8	18	14,4	24	19,2
3TC+AZT+LPV +RTV	22	8,8	13	10,4	9	7,2
3TC+LPV +RTV+TDF	12	4,8	12	9,6	0	0,0
ATV+3TC+RTV+TDF	12	4,8	12	9,6	0	0,0
Outros esquemas	88	35,2	40	32,0	48	38,4
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

ATV = Atazanavir, AZT = Zidovudina, EFZ = Efavirenz, 3TC = Lamivudina, LPV = Lopinavir, RTV = Ritonavir, TDF = Tenofovir

Para avaliar o padrão de comportamento do paciente em relação ao uso diário da TARV foi utilizado o instrumento validado de Morisky-Green-Levine.

O teste foi atualizado para aumentar a sensibilidade da escala com o acréscimo de quatro perguntas, totalizando oito ao final. Neste estudo foi utilizado o teste mais simples com quatro perguntas.

O teste de Morisky-Green-Levine é composto de quatro questões a serem respondidas com “sim” ou “não” e por meio da inversão das respostas relaciona-se o comportamento aderente do entrevistado. Todas as perguntas devem ser respondidas negativamente e uma resposta afirmativa já demonstra um comportamento de não adesão ao tratamento.

O paciente é classificado no grupo de alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado no grupo de baixo grau de adesão.

Após a realização das quatro perguntas do teste, verificou-se que 62% dos participantes não obtiveram pontuação, demonstrando boa adesão ao tratamento

com TARV em 49,6% dos participantes do Grupo em Atraso e 74,4% dos participantes do Grupo Controle, segundo os dados apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo a pontuação final do Teste de Morisky-Green e grupo do estudo a qual pertencem. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Pontuação Teste de Morisky-Green</i>	<i>Geral</i>		<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0	155	62,0	62	49,6	93	74,4
1	71	28,4	41	32,8	30	24,0
2	15	6,0	14	11,2	1	0,8
3	9	3,6	8	6,4	1	0,8
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

A tabela 14 mostra as classes terapêuticas dos medicamentos que os participantes estão utilizando além do coquetel. Vale ressaltar que o mesmo participante pode usar mais de uma medicação. Dentre as classes terapêuticas apresentadas, os anti-hipertensivos e antilipêmicos são os medicamentos mais utilizados, “outras classes terapêuticas” correspondem a analgésicos, anti-inflamatórios, antialérgicos, vitaminas, anticonvulsivantes entre outras.

Tabela 14 - Distribuição dos participantes segundo a classe terapêutica dos medicamentos em uso além da TARV. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Classe terapêutica</i>	<i>Nº de usuários</i>	<i>%</i>
Anti-hipertensivo	96	38,4
Antilipêmico	44	17,6
Antidepressivo	36	14,4
Antidiabético	36	14,4
Antibiótico	32	12,8
Inibidores de bomba de prótons	32	12,8
Outras	64	25,6

Foram calculadas as médias dos exames de Contagem de Linfócitos T CD4 dos dois grupos, em dois momentos: no início dos 24 meses e no término dos 24 meses considerando a data da realização da entrevista e os 24 meses anteriores a ela.

Conforme os dados apresentados na tabela 15, o Grupo em Atraso apresentou a menor média nos dois momentos em comparação com o Grupo Controle.

Tabela 15 - Média dos valores de exames de CD4+ dos participantes . Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>CD4+ (cel/mm3 sangue)</i>	<i>Grupo Atraso</i>	<i>Grupo Controle</i>
Início dos 24 meses	521	600
Término dos 24 meses	619	670

Em relação ao exame de carga viral, 90,4% dos participantes do Grupo Controle apresentaram valor abaixo do limite de detecção do teste no início e final do período de 24 meses, enquanto que no Grupo em Atraso esta parcela é representada por 67,2% (tabela 16). Os participantes que apresentaram o resultado de exame de carga viral acima do limite de detecção no início no final do período de 24 meses correspondem a 16% dos participantes do Grupo em Atraso e 1,6% do Grupo Controle.

O teste de carga viral possui como limite de detecção a contagem acima de 40 cópias do vírus do HIV/ mL de sangue; o teste não é sensível para contagem abaixo deste limite, apresentado como resultado: carga viral indetectável.

Tabela 16 - Valores dos exames de carga viral dos participantes no início e no final dos 24 meses. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Carga viral</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Indetectável no início e final dos 24 meses	84	67,2	113	90,4
Acima do limite de detecção do teste no início e final dos 24 meses	20	16,0	2	1,6
Indetectável no Início e acima do limite de detecção do teste no final dos 24 meses	12	9,6	6	4,8
Acima do limite de detecção no início e indetectável no final dos 24 meses	9	7,2	4	3,2
Total	125	100,0	125	100,0

Todo mês, os pacientes devem retirar a TARV na farmácia da UETDI em quantidade suficiente para 30 dias, sendo assim, em 24 meses todos os participantes deveriam retirar a medicação 24 vezes.

Para ser inserido no Grupo em Atraso, o paciente deveria ter atrasado em pelo menos uma retirada de medicação, resultando em um total de retiradas da TARV inferior a 24 vezes. A maioria dos pacientes do Grupo em Atraso retirou a medicação pelo menos 20 vezes, conforme demonstrado na tabela 17.

Tabela 17 - Número de retiradas da TARV na farmácia da UETDI dos participantes do Grupo em Atraso. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Nº de retiradas da TARV</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 5	5	4,0
6 - 10	8	6,4
11 - 15	20	16,0
16 - 20	26	20,8
21 - 23	66	52,8
Total	125	100,0

O intervalo entre as retiradas da TARV na farmácia da UETDI deveria ser no máximo de 30 dias, qualquer número superior a este, foi considerado atraso. Dentre os intervalos apresentados pelos participantes entrevistados, duas semanas após o 30º dia da última retirada da TARV foi o período no qual concentrou o maior número de participantes, 24,8%, seguido pelo intervalo de 31 a 59 dias, o qual representou 20% do total (tabela 18).

Tabela 18. Média dos dias em atraso para a retirada da TARV na farmácia da UETDI dos participantes do Grupo em Atraso. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Média dos dias em atraso para a retirada da TARV</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 7 dias	6	4,8
de 8 a 14 dias	31	24,8
de 15 a 21 dias	23	18,4
de 22 a 30 dias	19	15,2
de 31 a 59 dias	25	20,0
de 60 a 120 dias	12	9,6
Acima de 120 dias	9	7,2
Total	125	100,0

A distribuição segundo as ausências, no período de 24 meses, em exames de contagem de linfócitos T CD4 e de carga viral agendados pela UETDI está apresentada na tabela 19. Nota-se que 11,2% dos participantes do Grupo em Atraso faltaram em pelo menos um exame agendado e no Grupo Controle esta parcela é representada por 3,2% dos participantes.

Tabela 19 - Distribuição dos participantes segundo a ausência em exames agendados pela UETDI nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Falta em exames agendados</i>	Geral		Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Não	232	92,8	111	88,8	121	96,8
Sim	18	7,2	14	11,2	4	3,2
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

Além dos exames agendados, foram verificadas as faltas em consultas agendadas na UETDI. Os participantes do Grupo em Atraso que faltaram em pelo menos uma consulta agendada representam 68% deste grupo, enquanto que no Grupo Controle esta fração é representada por 43,2% dos participantes do grupo (tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos participantes segundo a ausência em consultas agendadas na UETDI nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

Faltas em consultas agendadas	Geral		Grupo Atraso		Grupo Controle	
	n	%	n	%	n	%
Não	111	44,4	40	32,0	71	56,8
Sim	139	55,6	85	68,0	54	43,2
Total	250	100,0	125	100,0	125	100,0

4.2. Resultados do Estudo de Associação entre Grupo do estudo: Atraso ou Controle e Possíveis Fatores de Risco

A distribuição segundo a idade é mostrada na tabela 21. Percebe-se que os participantes com idade acima dos 40 anos tem a maior concentração nos dois grupos, sendo que no Grupo em Atraso representa 70,4% dos participantes e no Grupo Controle 81,6%. A análise estatística mostra associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 4,298$; $p = 0,038$).

Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo a idade nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Idade</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 40 anos	37	29,6	23	18,4
Acima de 40 anos	88	70,4	102	81,6
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao sexo, 60% dos participantes do Grupo Controle são homens e no Grupo em Atraso a parcela masculina é representada por 55,2%, conforme os dados apresentados na tabela 22. Não se encontra associação estatística com o sexo e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,589$; $p = 0,442$).

Tabela 22 - Distribuição dos participantes segundo o sexo nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Sexo</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Masculino	69	55,2	75	60,0
Feminino	56	44,8	50	40,0
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo a escolaridade é mostrada na tabela 23. Nota-se que nos dois grupos, 56% dos participantes cursaram até o Ensino Fundamental Completo e que 44% dos participantes dos dois grupos cursaram além do Ensino Fundamental. Não se encontra associação estatística com a escolaridade e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0$; $p = 1,00$).

Tabela 23 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Escolaridade</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até Ensino Fundamental Completo	70	56,0	70	56,0
Além do Ensino Fundamental Completo	55	44,0	55	44,0
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação à raça, um pouco mais da metade dos participantes, 51,2 % e 52%, respectivamente no Grupo em Atraso e no Grupo Controle, consideram-se brancos, conforme os dados apresentados na tabela 24. Não se encontra associação estatística com a raça e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,016$; $p = 0,899$).

Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo a raça nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Raça</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Branco	64	51,2	65	52,0
Não branco	61	48,8	60	48,0
Total	125	100,0	125	100,0

A maioria dos participantes nasceu fora de Ribeirão Preto; apenas 28% dos participantes do Grupo em Atraso e 24% do Grupo Controle nasceram nesta cidade; conforme a distribuição mostrada na tabela 25. Não se encontra associação estatística com o local de nascimento e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,519$; $p = 0,471$).

Tabela 25 - Distribuição dos participantes segundo o local de nascimento nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Local de Nascimento</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ribeirão Preto	35	28,0	30	24,0
Outras cidades	90	72,0	95	76,0
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao local de residência, a maioria dos participantes dos dois grupos mora na cidade de Ribeirão Preto, sendo que 37,6% dos participantes do Grupo em Atraso e 35,2% dos participantes do Grupo Controle moram em outras cidades, conforme os dados apresentados na tabela 26. Não se encontra associação estatística como o local de residência e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,155$; $p = 0,693$).

Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo o local de residência nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Local de Residência</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ribeirão Preto	78	62,4	81	64,8
Outras cidades	47	37,6	44	35,2
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o fato de morar sozinho ou não é mostrada na tabela 27. Nota-se que há mais participantes que moram sozinhos no Grupo Controle, representando 25,6% dos participantes. Não se encontra associação estatística com o fato de morar sozinho ou não e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 2,897$; $p = 0,088$).

Tabela 27 - Distribuição dos participantes segundo o fato de morar sozinho ou não nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Mora sozinho</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	21	16,8	32	25,6
Não	104	83,2	93	74,4
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao fato de ter um parceiro fixo ou não, no momento da entrevista, 45,6% dos participantes do Grupo em Atraso e 49,6% dos participantes do Grupo Controle afirmaram ter parceiro fixo (tabela 28). Não se encontra associação estatística com o fato de ter ou não parceiro fixo e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,401$; $p = 0,527$).

Tabela 28 - Distribuição dos participantes segundo o fato de ter ou não parceiro fixo nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Parceiro Fixo</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	57	45,6	62	49,6
Não	68	54,4	63	50,4
Total	125	100,0	125	100,0

A maioria dos participantes do estudo tem filhos, representado 68% dos participantes do Grupo em Atraso e 58,4% dos participantes do Grupo Controle, conforme dados apresentados na tabela 29. Não se encontra associação estatística com o fato de ter ou não filho e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 2,477$; $p = 0,115$).

Tabela 29 – Distribuição dos participantes segundo o fato de ter ou não filho nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Filhos</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Não tem filhos	40	32,0	52	41,6
Tem filhos	85	68,0	73	58,4
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o fato de receber ou não algum benefício do governo, como auxílio doença e bolsa família, é mostrada na tabela 30. Nota-se que a maioria dos participantes não recebe benefício, sendo que esta parcela é representada por 76% e 77,6% dos participantes, respectivamente, no Grupo em Atraso e no Grupo Controle. Não se encontra associação estatística com o fato de receber ou não benefício do governo e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,089$; $p = 0,764$).

Tabela 30 – Distribuição dos participantes segundo o fato de receber ou não benefício do governo nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

Recebe algum benefício do governo	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	30	24,0	28	22,4
Não	95	76,0	97	77,6
Total	125	100,0	125	100,0

Aproximadamente 60% dos participantes nos dois grupos não trabalham, conforme dados da tabela 31. Não se encontra associação estatística com o fato de trabalhar ou não e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,016$; $p = 0,898$).

Tabela 31 – Distribuição dos participantes segundo o fato de trabalhar ou não nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Trabalha</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	52	41,6	51	40,8
Não	73	58,4	74	59,2
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação à renda familiar 74,4% dos participantes do Grupo em Atraso e 68% dos participantes do Grupo Controle possuem renda familiar mensal até três salários mínimos (tabela 32). Não se encontra associação estatística com a renda familiar e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 1,248$; $p = 0,264$).

Tabela 32 – Distribuição dos participantes segundo a renda familiar mensal nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Renda familiar mensal</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até R\$ 2.172,00 (3 SM)	93	74,4	85	68,0
Acima de R\$ 2.172,00	32	25,6	40	32,0
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo a religião é apresentada na tabela 33, 40% dos participantes do Grupo em Atraso e 42,4% dos participantes do Grupo Controle são católicos. Não se encontra associação estatística com a religião e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,149$; $p = 0,699$).

Tabela 33 – Distribuição dos participantes segundo a religião nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

Religião	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Católica	50	40,0	53	42,4
Não católica	75	60,0	72	57,6
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao tabagismo, nota-se que a maioria dos participantes não fuma, sendo que esta parcela é representada por 68,8% e 72,0% dos participantes, respectivamente, no Grupo em Atraso e no Grupo Controle (tabela 34). Não se encontra associação estatística com o tabagismo e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,307$; $p = 0,579$).

Tabela 34 – Distribuição dos participantes segundo tabagismo nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

Tabagismo	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Sim	39	31,2	35	28,0
Não	86	68,8	90	72,0
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o consumo de bebida alcoólica é apresentada na tabela 35, onde 45,6% dos participantes do Grupo em Atraso não consomem bebida alcoólica e no Grupo Controle esta parcela é representada por 59,2% dos participantes. Na análise estatística estas variáveis mostraram associação ($\chi^2_{(1GL)} = 4,635$ e $p = 0,031$).

Tabela 35 - Distribuição dos participantes segundo o consumo de bebida alcóolica nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Consumo de bebida alcóolica</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	68	54,4	51	40,8
Não	57	45,6	74	59,2
Total	125	100,0	125	100,0

A maioria dos participantes nos dois grupos afirmou que não fez uso de drogas ilícitas nos últimos 24 meses, concentrando 87,2% dos participantes do Grupo em Atraso e 93,6% dos participantes do Grupo Controle nesta afirmação (tabela 36). Não há associação estatística nestas variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 2,949$; $p = 0,086$).

Tabela 36 - Distribuição dos participantes segundo o uso de drogas ilícitas nos últimos 24 meses nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Uso de drogas ilícitas nos últimos 24 meses</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	16	12,8	8	6,4
Não	109	87,2	117	93,6
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação à prática de atividade física, nota-se que este comportamento é invertido nos grupos. No Grupo em Atraso a maior concentração de participantes está na parcela que não praticam atividade física, correspondendo a 57,6% do total, enquanto que no Grupo Controle a maior concentração está parcela de praticantes de atividade física, correspondendo a 52,0% dos participantes (tabela 37). A análise estatística não mostra associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 2,311$; $p = 0,128$).

Tabela 37 - Distribuição dos participantes segundo a prática de atividade física nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Atividade Física</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	53	42,4	65	52,0
Não	72	57,6	60	48,0
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o tempo de diagnóstico do vírus do HIV é mostrada na tabela 38, onde 66,4% dos participantes dos dois grupos tem conhecimento do diagnóstico positivo para HIV até 15 anos e 33,6% dos participantes há mais de 15 anos. Não se encontra associação estatística com tempo de diagnóstico do vírus do HIV e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0$; $p = 1,000$).

Tabela 38 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de diagnóstico do vírus do HIV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Tempo de diagnóstico</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 15 anos	83	66,4	83	66,4
Acima de 15 anos	42	33,6	42	33,6
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao tempo de uso da Terapia Antirretroviral os dois grupos apresentaram o mesmo comportamento, onde 53,6% dos participantes do Grupo em Atraso e 55,2% dos participantes do Grupo Controle fazem uso da TARV há menos de dez anos e os demais participantes fazem uso da medicação há mais de dez anos, conforme dados da tabela 39. Não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 0,064$; $p = 0,799$).

Tabela 39 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de uso de TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Tempo de uso de TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 10 anos	67	53,6	69	55,2
Acima de 10 anos	58	46,4	56	44,8
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o esquema de TARV em uso está apresentada na tabela 40. Nota-se que 60% dos participantes do Grupo Controle utilizam a primeira linha de TARV (constituída pela combinação de três antirretrovirais, sendo dois ITRN associados a um ITRNN), enquanto que no Grupo em Atraso esta parcela corresponde a 43,2% dos participantes. O resultado do teste estatístico demonstra associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 7,063$ e $p = 0,008$).

Tabela 40 - Distribuição dos participantes segundo o esquema de TARV em uso nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>TARV em uso</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1ª Linha de TARV	54	43,2	75	60,0
Outros esquemas	71	56,8	50	40,0
Total	125	100,0	125	100,0

Mensalmente, na UETDI, ocorre uma reunião conhecida como “Grupo de Adesão”, onde todos os pacientes são convidados a participar voluntariamente. Nestas reuniões são discutidos temas pertinentes ao tratamento, muitas vezes sugeridos pelos próprios pacientes. A divulgação do dia da reunião é realizada com antecedência, assim como o tema a ser discutido. Quando abordamos sobre a participação nestas reuniões, alguns pacientes relataram não conhecer como era o funcionamento da mesma. Após a explicação sobre as reuniões, os pacientes foram convidados para participarem dos encontros futuros. Dentre os entrevistados, 23,2% dos participantes do Grupo em Atraso e 20,0% dos participantes do Grupo Controle afirmaram que participam das reuniões mensais (tabela 41). A análise estatística não evidencia diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 0,378$; $p = 0,539$).

Tabela 41 - Distribuição dos pacientes segundo a participação na reunião mensal do grupo de adesão nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Participação das reuniões do grupo de adesão</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	29	23,2	25	20,0
Não	96	76,8	100	80,0
Total	125	100,0	125	100,0

As tabelas a seguir apresentam dados relacionados à Terapia Antirretroviral (TARV). A tabela 42 mostra a distribuição dos pacientes segundo a opinião dos mesmos em relação à importância da TARV. No Grupo em Atraso, 97,5% dos pacientes acham importante tomar a medicação e no Grupo Controle esta parcela corresponde a 99,2% dos participantes. Entretanto, nos dois grupos, três participantes não sabiam responder se a TARV era importante ou não tinham uma opinião formada sobre este tema. Sendo assim, 2,4% do total de participantes afirmaram nunca ter pensado sobre o assunto e preferiram não responder esta pergunta. No Grupo Controle, apenas 0,8% dos pacientes não considera a TARV importante, enquanto que no Grupo em Atraso, esta parcela é três vezes maior, com o valor de 2,5%. Não se encontra associação estatística com o fato de considerar importante tomar a TARV e o grupo do estudo (teste exato de Fisher: $p = 0,622$).

Tabela 42 - Distribuição dos pacientes segundo sua opinião em relação à importância da TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Acha importante tomar a TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	119	97,5	121	99,2
Não	3	2,5	1	0,8
Total	122	100,0	122	100,0

Quando questionados se recebem orientações sobre o uso da TARV, a maioria dos participantes do estudo afirmou que recebe, contabilizando aproximadamente 96% nos dois grupos (tabela 43). O resultado do teste estatístico não demonstra associação entre as variáveis (teste exato de Fisher: $p = 1,000$).

Tabela 43 - Distribuição dos pacientes segundo o recebimento de orientações sobre a TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Recebe orientações sobre a TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	120	96,0	121	96,8
Não	5	4,0	4	3,2
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação a ter dúvidas quanto ao uso da TARV, apenas 8,8% dos pacientes do Grupo em Atraso e 5,6% dos pacientes do Grupo Controle afirmaram ter dúvidas (tabela 44). Não se encontra associação estatística com o fato de ter ou não dúvidas sobre a TARV e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 0,958$; $p = 0,328$).

Tabela 44 - Distribuição dos pacientes segundo o fato de ter ou não dúvidas sobre a TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Dúvidas quanto ao uso da TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	11	8,8	7	5,6
Não	114	91,2	118	94,4
Total	125	100,0	125	100,0

A maioria dos pacientes entrevistados faz uso de outra medicação além da TARV, totalizando 69,9% dos participantes do Grupo em Atraso e 79,2% dos participantes do Grupo Controle, conforme dados da tabela 45. Não se encontra associação estatística com o uso de outra medicação além da TARV e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 3,024$; $p = 0,082$).

Tabela 45 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de outra medicação além da TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Faz uso de outra medicação além da TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	87	69,6	99	79,2
Não	38	30,4	26	20,8
Total	125	100,0	125	100,0

A tabela 46 mostra que os pacientes do Grupo em Atraso consomem mais chá do que os pacientes do Grupo Controle, sendo que a parcela que corresponde a esta característica em cada grupo é, respectivamente, 41,6% e 35,2%. Não se encontra associação estatística com o consumo de chá e o grupo do estudo ($\chi^2_{(1GL)} = 1,082$; $p = 0,298$).

Tabela 46 - Distribuição dos pacientes segundo o consumo de chá nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Consumo de chá</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	52	41,6	44	35,2
Não	73	58,4	81	64,8
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao esquecimento de tomar a TARV, 29,6% dos participantes do Grupo em Atraso esquecem, às vezes, de tomar a medicação e no Grupo Controle esta parcela é representada por 12% dos participantes, segundo a tabela 47. A análise estatística mostra forte associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 11,752$ e $p = 0,0006$).

Tabela 47 - Distribuição dos participantes segundo o fato de esquecer, às vezes, de tomar a TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Às vezes esquece de tomar a TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	37	29,6	15	12,0
Não	88	70,4	110	88,0
Total	125	100,0	125	100,0

A distribuição segundo o fato de, às vezes, ser descuidado com a hora de tomar a TARV está apresentada na tabela 48. Observa-se que 85,6% dos participantes do Grupo Controle tomam a TARV no mesmo horário, enquanto que no Grupo em Atraso esta parcela corresponde a 72,8% dos participantes. A análise estatística mostra associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 6,216$ e $p=0,013$).

Tabela 48 - Distribuição dos participantes segundo o fato de, às vezes, ser descuidado com a hora de tomar a TARV nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Às vezes é descuidado com a hora de tomar a TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	34	27,2	18	14,4
Não	91	72,8	107	85,6
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao fato de deixar de tomar a TARV quando se sente bem, 5,6% dos participantes do Grupo em Atraso afirmaram deixar de tomar a medicação, enquanto que no Grupo Controle, todos os participantes negaram tal ação, conforme dados apresentados na tabela 49. Na análise estatística, estas variáveis mostraram associação (teste exato de Fisher: $p = 0,014$).

Tabela 49 - Distribuição dos participantes segundo o fato de deixar de tomar a TARV quando se sentem bem nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Quando se sente bem, deixa de tomar a TARV</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	7	5,6	0	0,0
Não	118	94,4	125	100,0
Total	125	100,0	125	100,0

A tabela 50 mostra que 12% dos participantes do Grupo em Atraso deixam de tomar a TARV quando se sentem mal após tomá-la, enquanto que no Grupo Controle, apenas 1,6% afirmaram deixar de tomar a medicação nesta situação. A análise estatística mostra associação entre as variáveis (teste exato de Fisher: $p = 0,002$).

Tabela 50 - Distribuição dos participantes segundo o fato de se sentir mal quando toma a TARV e deixar de tomá-la nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Algumas vezes, quando se sente mal ao tomar a TARV, deixa de tomá-la</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	15	12,0	2	1,6
Não	110	88,0	123	98,4
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação ao resultado obtido no Teste de Morisky-Green, 49,6% dos participantes do Grupo em Atraso foram classificados com boa adesão ao tratamento com a TARV, enquanto que no Grupo Controle, 74,4% dos participantes estão nesta classificação, conforme dados apresentados na tabela 51. A análise estatística revelou forte associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 16,316$ e $p = 0,00005$).

Tabela 51 - Distribuição dos participantes segundo o resultado do Teste de Morisky-Green nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Resultado do Teste Morisky- Green</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Boa adesão	62	49,6	93	74,4
Baixa adesão	63	50,4	32	25,6
Total	125	100,0	125	100,0

A tabela 52 mostra que 68% dos participantes do Grupo em Atraso apresentaram o resultado de exame de carga viral como indetectável em pelo menos 75% dos exames realizados durante os 24 meses, enquanto que no Grupo Controle, 92,8% dos participantes apresentaram este resultado. A análise estatística mostra associação entre as variáveis ($\chi^2_{(1GL)} = 24,393$ e $p=0,000002$).

Tabela 52 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de carga viral nos 24 meses nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Resultado de exames de Carga Viral</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Indetectável	85	68,0	116	92,8
Detectável	40	32,0	9	7,2
Total	125	100,0	125	100,0

Em relação aos resultados de exames de contagem de linfócitos T CD4 no início do período de 24 meses, 18,6% dos participantes do Grupo em Atraso apresentaram como resultado contagem menor que 200 células/mm³ de sangue e no Grupo Controle esta parcela é representada por 3,2% dos participantes (tabela 53). Um participante do Grupo em Atraso só realizou um exame durante este período, não sendo possível participar da tabulação. Verifica-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis (teste exato de Fisher: $p = 0,00007$).

Tabela 53 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de contagem de linfócitos T CD4 no início dos 24 meses nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Resultado de exame de Contagem de Linfócitos T CD4 no início dos 24 meses</i>	<i>Grupo Atraso</i>		<i>Grupo Controle</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
< 200 células/mm ³ de sangue	23	18,6	4	3,2
>200 células/mm ³ de sangue	101	81,4	121	96,8
Total	124	100,0	125	100,0

A tabela 54 mostra os resultados de exames de contagem de linfócitos T CD4 no final do período de 24 meses. No Grupo em Atraso 13,7% dos participantes apresentaram como resultado a contagem menor que 200 células/mm³ de sangue e no Grupo Controle 3,2% dos participantes apresentaram este resultado. A análise estatística mostra associação entre as variáveis (teste exato de Fisher: $p = 0,003$). Um participante do Grupo em Atraso só realizou um exame durante este período, não sendo possível comparar.

Tabela 54 - Distribuição dos participantes segundo o resultado de exames de contagem de linfócitos T CD4 no final dos 24 meses nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Resultado de exame de Contagem de Linfócitos T CD4+ no final dos 24 meses</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
< 200 células/mm ³ de sangue	17	13,7	4	3,2
> 200 células/mm ³ de sangue	107	86,3	121	96,8
Total	124	100,0	125	100,0

Foi levantado o número de internações na UETDI dos participantes durante os últimos vinte e quatro meses em relação à data da entrevista. Conforme apresentado na tabela 55, 9,6% dos pacientes do Grupo em Atraso foram internados pelo menos uma vez nos últimos dois anos enquanto que no Grupo Controle, apenas metade desta parcela teve internações, representando 4,8% dos pacientes. Não se encontra associação estatística com o fato de ter sido internado ou não e o grupo do estudo, ($\chi^2_{(1GL)} = 2,155$; $p = 0,142$).

Tabela 55 - Distribuição dos pacientes segundo o critério de ser internado nos últimos 24 meses nos grupos atraso e controle. Ribeirão Preto, SP, 2014.

<i>Internação nos últimos 24 meses</i>	Grupo Atraso		Grupo Controle	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	113	90,4	119	95,2
Sim	12	9,6	6	4,8
Total	125	100,0	125	100,0

4.3. Análise Multivariada

Todas as variáveis que na análise univariada, descrita anteriormente, mostraram um valor de “p” igual ou menor que 0,20 foram selecionadas para análise multivariada, mediante a aplicação de um modelo de regressão logística, onde a variável resposta é estar no Grupo em Atraso ou Grupo Controle e as variáveis que atenderam este critério foram: idade, morar ou não sozinho, ter ou não filhos, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas nos últimos 24 meses, praticar ou não atividade física, TARV em uso, uso de outra medicação além da TARV, resultado total do teste de Morisky-Green (Boa/baixa adesão), resultado de exame de carga viral, resultado de exame de contagem (inicial e final) de linfócitos T CD4, se foi internado ou não nos últimos 24 meses.

Dentre as variáveis analisadas no estudo multivariado as listadas na tabela 56 foram que tiveram associação com o Grupo em Atraso, caracterizado pela retirada da TARV em atraso.

Tabela 56 - Distribuição das variáveis relacionadas com retirada em atraso com seus respectivos intervalos de confiança.

<i>Variável</i>	<i>Estimativa Pontual</i>	<i>Intervalo de Confiança de 95%</i>	<i>Valor de p</i>
Fazer uso de outra medicação além da TARV	2.254	(1,19; 4,25)	0,0121
Resultado de exame de carga viral acima do limite de detecção	4.745	(1,99; 11,31)	0,0004
Resultado de exame de contagem de linfócitos TCD4 no início do período de 24 meses menor que 200 células/mm ³ de sangue	5.041	(1,54; 16,51)	0,0075
“Baixa adesão” como resultado do Teste de Morisky Green	2.422	(1,35; 4,33)	0,0029

5. Discussão

5.1. Considerações Gerais

Como descrito na metodologia, o sorteio dos participantes foi realizado pelo Excel e a entrevista ocorreu na data da consulta já agendada na UETDI. Os nomes dos sorteados eram passados ao funcionário do balcão correspondente ao atendimento e este avisava a pesquisadora quando o participante chegasse caso a mesma não estivesse ciente.

Cada pessoa era abordada individualmente pela pesquisadora no momento que chegava à UETDI. No momento da abordagem, a pesquisadora expunha resumidamente e fazia o convite para a participação da pesquisa; se a pessoa aceitasse era encaminhada para uma sala reservada, onde todo o trabalho era exposto através de leitura das informações do termo de consentimento e toda dúvida que surgisse era respondida. As informações constavam basicamente de explicações sobre a justificativa da pesquisa, exemplos de perguntas a serem respondidas, deixando claro que a qualquer momento, o participante poderia sair do estudo caso desejasse e tal fato não prejudicaria os atendimentos futuros na Unidade. Ninguém procurou a pesquisadora para abandono da pesquisa.

Os participantes sorteados que não se dispuseram a participar foram repostos por outros já selecionados anteriormente.

A pesquisadora deixou o participante a vontade para escolher o melhor momento da entrevista, alguns preferiram responder ao questionário enquanto aguardavam para serem atendidos, otimizando o seu tempo de espera. Outros preferiram conversar após atendimento com o receio de serem chamados pelo médico e não estarem na sala de espera aguardando. Tiveram aqueles que preferiram conversar quando foram retirar a medicação do mês na farmácia ou realizar algum exame/consulta no hospital, ficando com a responsabilidade de procurar a pesquisadora.

De maneira geral o contato com os participantes se produziu de forma tranquila. Com raríssimas exceções, todos foram educados, sendo que alguns participantes quando retornaram a farmácia da UETDI para retirar a TARV;

posteriormente à entrevista, procuraram a pesquisadora para conversar, desabafar ou somente para agradecer a atenção dispensada.

5.2. Discussão dos Resultados

No que diz respeito a variável idade, percebe-se que a população estudada é basicamente adulta, com maior número de indivíduos de 41 a 50 anos (39,6%) e idade média de 47,7 anos, demonstrando o envelhecimento da epidemia como apresentado nos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). A amplitude de variação da idade é larga, com o mínimo de 20 anos e máximo de 77 anos, demonstrando que outras faixas etárias além dos jovens devem ser focadas em campanhas de prevenção, tratamento e esclarecimento de dúvidas em relação ao vírus do HIV. SANTOS e colaboradores, em 2002, já evidenciavam em seu estudo um ligeiro aumento da incidência nas faixas etárias mais elevadas. Planejamentos e ações futuras devem ser realizados a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes como apresentado no trabalho de OKUNO e colaboradores, em 2014 e OLUWATOYOISI e colaboradores, em 2012, que demonstraram que a importância do conhecimento sobre as pessoas que vivem com HIV/aids com idade superior a 50 anos nos Estados Unidos é essencial para melhorar o serviço e atendimento disponibilizados a eles.

Para a realização do estudo de associação, a idade dos participantes foi resumida em “até 40 anos” e “acima de 40 anos” e quando analisada, apresentou associação na análise univariada, porém não demonstrou significância estatística na análise multivariada.

O Grupo Controle apresentou mais participantes com idade superior a 40 anos mostrando que os pacientes mais velhos são os que possuem maior adesão à terapêutica. Este dado foi destacado pelo estudo de MEHTA, MMOORE e GRAHAM, em 1997.

A razão entre homens e mulheres vivendo com HIV/aids que participaram do estudo foi de 1,4 homens para cada mulher participante, está um pouco abaixo da razão de 1,8 apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) que demonstra uma diminuição nos casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, perfil observado a partir de 2009.

Aproximadamente metade dos participantes do estudo, 48,4%, apresenta baixo grau de escolaridade, representando os analfabetos e os participantes com o Ensino Fundamental Incompleto, assemelhando-se ao perfil da população infectada no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). Estudos anteriores como o realizado por NEMES e colaboradores, em 2009, confirmam a preocupação com a baixa escolaridade ao revelarem que grupo de pacientes que têm o Ensino Fundamental incompleto apresenta prevalência mais alta de não adesão a terapia antirretroviral comparados aos pacientes que completaram o Ensino Fundamental, comportamento observado em nosso estudo, onde 41,3% dos participantes que possuem o Ensino Fundamental Incompleto apresentaram baixa adesão como resultado do teste de Morisky-Green, contra 34,9% participantes com resultado de baixa adesão no grupo que concluíram o Ensino Fundamental o qual possui maior acesso à informação.

Com relação à raça, a maioria dos pacientes autodeclararam-se brancos (51,6%), seguidos de pardos (34%), diferente dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), onde se observa um aumento na proporção dos casos de aids em pessoas autodeclaradas como pardas e uma queda significativa de brancos.

Os participantes que nasceram na cidade de Ribeirão Preto são a minoria (26%) quando comparados aos nascidos em outras cidades do Estado de São Paulo, parcela que concentra 54% dos participantes do estudo. Os demais, 20%, nasceram em cidades de outros Estados brasileiros. Dentre os participantes, a grande parte, (63,6%), reside na cidade de Ribeirão Preto e 35,6% dos participantes residem em outras cidades do Estado de São Paulo e apenas 0,8% residem fora deste Estado. Isso é consequência do atendimento oferecido às pessoas da região uma vez que a UETDI, local de realização do estudo, é referência para este acompanhamento. Os participantes residentes em outros Estados brasileiros, fora do Estado de São Paulo, alegam que o ótimo atendimento e atenção dispensados a ele-s compensam a viagem que precisam realizar para comparecer em consultas e demais compromissos com a Unidade; afirmam que o início do atendimento e tratamento ocorreu neste local e não encontram motivos para que a transferência para outras unidades de atendimento seja realizada.

A grande maioria dos participantes, 78,8%, não mora sozinha; sendo esta parcela de participantes é mais expressiva no Grupo em Atraso, contradizendo a hipótese inicial de que se morasse alguém com a pessoa que vive com HIV/aids,

poderia lembrá-la dos horários de tomada de medicação. Frente a este resultado, um fator que pode estar relacionado é tomar a TARV na frente de outras pessoas quando estas não tem o conhecimento do diagnóstico positivo para o HIV. O fato de morar sozinho ou não e ter ou não companheiro fixo não tiveram associação significativa em estudo realizado por SINGH e colaboradores, em 1999. No presente estudo, aproximadamente metade dos participantes, 52,4% não tinha parceiro fixo no momento da entrevista, tal comportamento pode ser um indicativo para intensificar as campanhas de prevenção, por meio da educação em saúde, principalmente em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais, sendo esta com parceiros fixos ou não.

Em relação ao número de filhos, a variação foi desde zero a nove filhos, com média de 1,7 filhos para cada participante e a maioria dos participantes, 63,2%, tem filhos entre eles, a parcela mais representativa foi aquela com dois ou mais filhos; característica semelhante ao estudo realizado por SEIDL e colaboradores, em 2007.

Os dois grupos do estudo apresentaram uma proporção semelhantes de algumas variáveis como a parcela dos participantes que recebem algum benefício do governo, representando 23,2% do total; assim como o fato de estar ou não trabalhando, onde a maioria dos participantes, 58,8%, não estava trabalhando no momento da entrevista, mantendo a proporção nos dois grupos. Praticamente metade dos participantes, (52,4%), possui renda familiar até dois salários mínimos, que no período de realização da pesquisa correspondia ao equivalente a R\$1.448,00. No Grupo em Atraso esta parcela de participantes foi mais expressiva do que no Grupo Controle demonstrando que a baixa renda e as características apresentadas anteriormente podem influenciar na compreensão da importância e do acesso ao tratamento como, por exemplo, a necessidade de uma alimentação balanceada e com a baixa renda tal recomendação não pode ser cumprida como descrito por ALMEIDA e colaboradores, em 2011, com um estudo realizado em hospital público no município de Campina Grande (Paraíba) e um estudo realizado em Minas Gerais, em 2001, por LIGNANI, GRECO e CARNEIRO.

No que diz respeito à religião, os dois grupos apresentaram proporções semelhantes, sendo que os católicos e evangélicos são representados por 41,2% e 31,6% dos participantes, respectivamente. Estas duas religiões também foram destacadas em um estudo realizado por MEDEIROS, SILVA e SALDANHA em João Pessoa (Paraíba) em 2013, porém com uma concentração maior de católicos.

Independente da crença/religião das pessoas vivendo com HIV/aids, cabe aos profissionais de saúde estarem abertos, muitas vezes deixando de lado seus próprios valores para compreender e respeitar como a religiosidade influencia a vivência do adoecimento e processo terapêutico, positiva ou negativamente; auxiliando quando for possível, conforme discussão realizada, em um estudo no Rio de Janeiro, por FERREIRA, FAVORETO E GUIMARÃES, em 2012

Em relação ao tabagismo, nota-se que a maioria dos participantes não fuma, sendo que esta parcela é representada por 70,4% do total, comportamento positivo já que o tabagismo associado a outras características como condições clínicas com baixa contagem de linfócitos T CD4, podem favorecer o aparecimento de lesões bucais e doenças oportunistas, como descrito por GASPARIN e colaboradores, em 2009, em um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul. Outro ponto é que pessoas que vivem com HIV/aids e são fumantes, apresentam maior probabilidade de desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) quando comparados a fumantes sem o vírus, segundo CROTHERS (2007).

O consumo de bebida alcoólica é considerado um fator associado à falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas em geral, apresentando-se como desafio para as pessoas que vivem com HIV/aids (ROMEY *et al*, 2011). No presente estudo, apesar do consumo de bebida alcoólica e o grupo de estudo ter associação na análise univariada, este comportamento não demonstrou significância estatística na análise multivariada. Sendo assim, o uso do álcool não teve influência na adesão ao tratamento com a TARV, apesar de que no Grupo em Atraso, o número de participantes que consomem álcool foi maior em relação ao Grupo Controle. Aproximadamente, metade dos participantes do estudo (52,4%) afirmou que não consome bebida alcoólica, seguido de uma parcela correspondente a 22,8% dos participantes que consomem bebida alcoólica aos finais de semana, no máximo três vezes na semana, em reuniões familiares e com amigos. Aqueles que consomem bebida alcoólica todos os dias, mais de uma vez ao dia, alegam que este consumo é antes ou após as principais refeições exercendo o papel de aperitivo e/ou para auxiliar na digestão. Alguns pacientes relataram que deixam de fazer uso da TARV quando vão consumir álcool por desconhecimento que deveriam tomar a medicação anteriormente a ingestão de bebida alcoólica. Alguns problemas podem ser

potencializados ou podem surgir devido ao comprometimento do funcionamento do fígado, órgão responsável pela metabolização tanto do álcool como da TARV.

Alguns estudos mostraram que, em certos casos, o estilo de vida caótico de alguns usuários de drogas ilícitas pode ser o determinante para não adesão e não o uso de droga em si, segundo dados de MELCHIOR e colaboradores e VERVOORT e colaboradores, ambos de 2007. No geral, 90,4% dos participantes deste estudo alegou que não fez uso de drogas ilícitas nos vinte e quatro meses que antecederam a entrevista, sendo que o Grupo em Atraso apresentou o dobro de usuários de drogas ilícitas nos últimos vinte e quatro meses quando comparados ao Grupo Controle. Mesmo assim, o uso de drogas não teve significância estatística em estar no Grupo Atraso.

Além do tratamento medicamentoso, existem medidas não medicamentosas recomendadas para o tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, dentre elas a boa alimentação e a prática regular de atividades físicas. A realização de atividade física além de melhorar o bem estar psicológico, melhora a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids, como uma das estratégias de enfrentamento para a lipodistrofia, alterações da redistribuição de gordura e alterações metabólicas conforme apresentado por SEIDL e MACHADO em 2008. No presente estudo, 47,2% dos participantes fazem atividade física, sendo esta parcela mais representativa no Grupo Controle; a caminhada é a atividade mais praticada. A proporção de participantes sedentários encontrada foi menor em relação a um estudo realizado em um hospital público no município de Campina Grande (PB), por ALMEIDA e colaboradores (2011), sendo que neste último, 87,5% dos entrevistados referiram não realizar nenhuma atividade física demonstrando a necessidade de conscientização e sensibilização dos pacientes perante a importância do exercício físico para a saúde deles.

Neste mesmo estudo, no que diz respeito ao tempo de diagnóstico, 50% dos participantes tiveram seu diagnóstico entre seis e 10 anos da data do estudo, levantando a hipótese que a adesão ao tratamento tem refletido positivamente na vida dessas pessoas já que as mesmas estão enfrentando a doença há um tempo. Achado semelhante ocorreu em um estudo desenvolvido por PEREIRA e colaboradores em 2012, em pacientes atendidos em serviço de referência à aids no Estado da Paraíba, onde observou-se que quanto maior o tempo de diagnóstico e maior tempo de uso da TARV, maior a adesão ao tratamento, sendo que 43% dos

participantes tiveram conhecimento do diagnóstico há mais de seis anos, a amplitude de variação do tempo de diagnóstico foi de um a 26 anos com média de seis anos. Neste presente estudo, a amplitude de variação foi de três a 29 anos, com média de 12,4 anos. 31,2% dos participantes do Grupo Controle tem o conhecimento do diagnóstico entre seis e 10 anos, faixa que representa maior adesão; entretanto, no Grupo em Atraso, a parcela mais representativa está entre 11 e 15 anos, onde a adesão deveria ser boa, conforme estudos relatados aqui, anteriormente, o que não ocorreu. A parcela representativa dos participantes que tem o conhecimento do diagnóstico para HIV positivo há mais de uma década é de 59,6%, mostrando que lidam muito bem com a situação que vivem. Alguns relataram que aceitaram o diagnóstico para si, porém não admitem transmitir o vírus aos seus companheiros e se caso isso ocorresse, não se perdoariam; portanto seguem o tratamento pensando no parceiro.

Em relação ao uso da TARV, a amplitude de variação foi de dois a 23 anos, com média de 10 anos de uso; semelhante ao estudo realizado por PEREIRA e colaboradores, em 2012, onde tempo de uso dos antirretrovirais variou de um a 24 anos, com média um pouco menor, de cinco anos. A parcela com maior concentração de participantes, no geral, está entre o período de seis a 10 anos, seguindo as proporções do tempo de diagnóstico, onde os participantes do Grupo em Atraso estão mais concentrados na faixa de 11 a 15 anos de uso da TARV, e no Grupo Controle, a parcela mais expressiva foi de seis a 10 anos, demonstrando que o tempo de uso da TARV está relacionado com o tempo de diagnóstico, que antigamente, ocorria em estágio avançado da doença.

Vale ressaltar que 17,6% dos participantes utilizam a TARV há mais de 15 anos mostrando que é possível levar o tratamento adiante e conviver com a doença apesar de suas implicações.

O esquema de tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids, depende de fatores individuais de cada paciente e sua resposta com o uso dos antirretrovirais. A terapia inicial, primeira linha de tratamento, deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN associados a um ITRNN; no caso, o esquema de terapia inicial seria a utilização de tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e efavirenz (EFV), sendo que, no caso de contraindicação ao uso de TDF, este deve ser substituído por zidovudina (AZT), segundo o “Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos” (BRASIL, 2013). O

esquema terapêutico mais utilizado pelos participantes do estudo foi de primeira linha da TARV, sendo que o esquema EFZ+3TC+AZT é utilizado por 29,6% dos participantes, o segundo esquema mais utilizado é EFZ+3TC+TDF, contabilizando 16,8% dos participantes. Entretanto há diferença entre os grupos do estudo, 60% dos participantes do Grupo Controle fazem uso de esquema da primeira linha da TARV, enquanto que no Grupo em Atraso esta parcela é representada por 43,2% dos participantes, mostrando que os demais tiveram que alterar o esquema terapêutico em algum momento do tratamento, utilizando, em alguns casos, esquemas mais complexos que dificultam a adesão. A associação estatística entre o esquema da TARV em uso e o grupo do estudo foi verificada no estudo univariado, porém não houve confirmação na análise multivariada,

De acordo com o esquema terapêutico utilizado, foi possível analisar a quantidade de comprimidos da TARV ingeridos por dia, sendo que a amplitude de variação foi de três a 19 comprimidos; semelhante a um estudo realizado em Brasília, por CARVALHO, MERCHAN-HAMANN e MATSUSHITA, em 2007. Os participantes do Grupo em Atraso ingerem diariamente, em média, 5,3 comprimidos da TARV por dia, enquanto que os participantes do Grupo Controle ingerem 4,7 comprimidos, demonstrando que não há diferença significativa entre eles; contrariando a hipótese de que quanto maior o número de comprimidos de medicamentos ingeridos ao dia, menor a adesão.

No que diz respeito à participação das reuniões mensais do Grupo de adesão que ocorrem na UETDI, onde todos os pacientes são convidados a participar voluntariamente e são discutidos temas pertinentes ao tratamento, muitas vezes sugeridos pelos próprios pacientes, observou-se baixa participação dos entrevistados: 21,6% do total já participaram, pelo menos uma vez da reunião. E esta participação é maior nas pessoas do Grupo em Atraso em relação ao Grupo Controle. Muitos participantes do estudo alegaram não ter conhecimento sobre as reuniões, mostrando que não ficam atentos as faixas e placas indicativas e informativas sobre os encontros; entretanto, entre aqueles que têm conhecimento sobre a realização das reuniões, afirmam que não querem se expor; mesmo que os encontros acontecem em sala separada daqueles que estão aguardando a consulta, ainda há uma resistência. No ano de 2014 diferentes temas fizeram parte das discussões realizadas nas reuniões; entre eles: saúde reprodutiva para pessoas vivendo com HIV/aids, direitos das pessoas que vivem com HIV/aids, a importância

da alimentação e nutrição adequadas, avanços nas pesquisas na área, tuberculose e doenças oportunistas, importância da adesão ao tratamento, uso de álcool e HIV, vitamina D, osteoporose e HIV, TARV e efeitos colaterais, sendo que este último tema ficou sob responsabilidade da pesquisadora que conduziu a reunião em Setembro de 2014 (ANEXO 01).

De uma maneira geral, os participantes da pesquisa mostraram ter conhecimento em relação ao tratamento que estavam em uso, sendo que 96% dos participantes afirmaram ser importante tomar a TARV, afinal, segundo eles, o fato de estarem vivos até hoje está totalmente relacionado com o uso da medicação. No Grupo em Atraso, 2,5% dos participantes e no Grupo Controle, 0,8% do total, declararam não achar importante tomar a TARV e só estão em uso da mesma por serem “obrigados” a usá-la. Teve um pequeno grupo, 2,4% dos participantes que alegaram nunca terem pensando no assunto, que tomam a medicação sem questionar muito e sem buscar ter conhecimento sobre ela, como a leitura de bulas, com receio de não querer mais fazer o uso.

O paciente que faz uso da TARV, assim como em todo tratamento medicamentoso, deve receber orientações em relação às medicações que fará uso. Essas orientações devem ser realizadas com linguagem simples, de fácil entendimento e todas as dúvidas devem ser respondidas para que o paciente tenha conhecimento sobre a doença e seu tratamento. A equipe de saúde deve estar disponível para orientar os pacientes, dentre ela deve estar o médico, enfermeiro e farmacêutico, que poderá fazer acompanhamento do tratamento através da Atenção Farmacêutica, como já apresentado anteriormente. Quanto a receber orientações sobre o uso da TARV, 96,4% dos participantes afirmaram que foram orientados e uma pequena parcela, com proporção semelhante entre os dois grupos, negou o recebimento de qualquer orientação, fato que, na realidade não deve ter acontecido uma vez que existe suporte da equipe de saúde na assistência destas pessoas vivendo com HIV/aids. Tais proporções também foram encontradas no estudo realizado por ALMEIDA e colaboradores (2011) onde 95% dos entrevistados relataram que haviam recebido orientações sobre a importância do tratamento e apenas 5% referiram que não haviam recebido nenhuma orientações; reforçando a ideia de que as orientações devem ser fornecidas, tirando dúvidas e esclarecendo o tratamento de forma simples e objetiva. Aos participantes do estudo foi questionado se havia alguma dúvida quanto ao uso da TARV, sendo que 7,2% dos participantes,

sendo estes a maioria do Grupo em Atraso apresentaram pelo menos alguma dúvida, as quais foram respondidas pela pesquisadora, dentre elas, horário de tomada da TARV, o porquê existiam tantas medicações diferentes para tratar a mesma doença; além das dúvidas em relação a TARV, alguns outros questionamentos foram levantados, como por exemplo, se existe cura para o HIV.

Além do uso da TARV, aproximadamente três quartos (74,4%) dos participantes do estudo fazem uso de outras medicações, sendo que no Grupo Controle a proporção é maior (79,2%) quando comparado ao Grupo em Atraso (69,6%). Sabe-se que a quantidade de medicamentos ingeridos diariamente interfere na adesão em decorrência da maior probabilidade de efeitos colaterais, dificuldade de ingestão e complexidade do tratamento; sendo que para cada comprimido ingerido o risco de não adesão aumenta em 12% (COLOMBRINI, DELA COLETA e LOPES, 2007). No presente estudo, os participantes que tomam outra medicação além da TARV estão em maior percentual no Grupo Controle. Entretanto, esta variável mostrou associação com Grupo em Atraso, no estudo multivariado. Ou seja, os participantes que fazem uso de outra medicação além da TARV têm suas chances aumentadas em mais de duas vezes de pertencer ao Grupo em Atraso. Uma hipótese para este resultado é que o participante que toma vários medicamentos diferentes pode se confundir com os horários e quantidades de tomada da medicação, deixando de seguir a posologia correta, gerando “sobra” de alguns medicamentos, como a TARV, para serem consumidos em um tempo maior do que o ideal, no caso, o quantidade que deveria ser consumida por um mês, 30 dias, é consumida por mais tempo; acarretando no atraso da retirada da medicação na farmácia da UETDI. Dentre as classes terapêuticas apresentadas, os anti-hipertensivos são os mais utilizados, demonstrando que os pacientes estão desenvolvendo outras doenças crônicas devido a sua sobrevida maior.

Os participantes foram questionados sobre o uso de chá; 38,4% afirmaram tomar chá e entre os mais utilizados estão o chá mate, erva cidreira e camomila. A maioria dos participantes toma chá porque gostam, sem uma finalidade e indicação específica. Estes dados referentes ao consumo de chá foram coletados para que, futuramente, sejam realizados trabalhos sobre conscientização da possível interação com alguns tipos de chá e os antirretrovirais, uma vez que alguns estudos mostram que as interações farmacocinéticas entre antirretrovirais e chá/plantas podem reduzir a biodisponibilidade de drogas e, conseqüentemente, a sua eficiência ou aumentar a

sua biodisponibilidade, resultando em possível toxicidade aumentada, principalmente em relação à indução ou inibição da droga no citocromo P450 (SALES *et al*, 2008).

Para avaliar o padrão de comportamento do paciente em relação ao uso diário da TARV foi utilizado o instrumento validado de Morisky-Green-Levine composto de quatro questões a serem respondidas com “sim” ou “não” e por meio da inversão das respostas, relaciona-se o comportamento de adesão ou não adesão ao tratamento. Todas as perguntas devem ser respondidas negativamente e uma resposta afirmativa já demonstra um comportamento de não adesão ao tratamento; para ser classificado com boa adesão, o participante teve que responder negativamente as quatro perguntas. Em todas as respostas positivas, os participantes do Grupo em Atraso estavam em maior proporção em comparação aos participantes do Grupo Controle; cada resposta positiva soma-se um ponto ao resultado final e resultado final diferente de zero, mostra que a adesão ao tratamento não é boa, sendo que em algumas circunstâncias, a medicação é deixada de lado e a posologia não é respeitada.

Em todas as perguntas do teste obteve-se resposta positiva de algum participante do Grupo em Atraso, sendo que neste grupo, 50,4% dos participantes apresentou baixa adesão segundo o teste de Morisky-Green; enquanto que 25,6% dos participantes do Grupo Controle foram classificados nesta categoria. O resultado final do teste de Morisky-Green apresentou associação com o Grupo em Atraso no estudo multivariado, onde os participantes que obtiveram “baixa adesão” a TARV como resultado do teste têm suas chances aumentadas em mais de 2,4 vezes de pertencer ao Grupo em Atraso, confirmando que os participantes deste grupo também usam irregularmente a TARV.

A adesão ao tratamento, como discutido anteriormente, não é só o fato de tomar a medicação prescrita e sim, além disso, realizar o seguimento do tratamento de maneira completa; comparecendo as consultas, exames e demais procedimentos agendados, alterar alguns hábitos de vida nocivos tanto na alimentação como estilo de vida. E em relação à falta ou presença em exames e consultas agendadas na UETDI, os participantes do Grupo em Atraso apresentaram mais faltas nos exames e consultas agendadas quando comparados aos participantes do Grupo Controle; demonstrando que o comportamento de baixa adesão em relação ao TARV foi mantido em relação à adesão ao tratamento de uma maneira geral.

Os resultados de exames de contagem de linfócitos T CD4 e de carga viral plasmática foram obtidos através dos prontuários e a análise limitou-se aos resultados dos exames realizados no período de vinte e quatro meses anteriores a data da entrevista; sendo que 92,8% dos participantes do Grupo Controle apresentaram resultado abaixo do limite de detecção para carga viral em pelo menos 75% dos exames realizados neste período enquanto que no Grupo em Atraso, esta parcela é representada por 68% dos participantes, uma vez que os demais participantes (32%) apresentaram resultado de exame de carga viral acima do limite de detecção de 40 cópias/mL de sangue. Vale ressaltar que o valor máximo de carga viral obtido no início e no final dos vinte e quatro meses variou entre os grupos, sendo que os participantes do Grupo Controle apresentou como valor máximo no início do período o resultado de 3.329 cópias/mL de sangue enquanto que o Grupo em Atraso obteve o resultado de 365.276 cópias/mL de sangue. E no final do período de vinte e quatro meses, os participantes do Grupo em Atraso apresentaram como valor máximo o resultado de 481.927 cópias/mL de sangue enquanto que os participantes do Grupo Controle obtiveram o valor de 249.541 cópias/mL como valor máximo. Na análise estatística, houve significância nos estudos uni e multivariados. A presença da carga viral detectável aumenta a chance em 4,7 vezes de ser do Grupo em Atraso, demonstrando que tomar a TARV de forma irregular tem repercussão no resultado de exames de carga viral, uma vez que o resultado encontrado está acima do limite de detecção e o esperado é o resultado abaixo deste limite de detecção.

Os resultados de exames de contagem de Linfócitos T CD4 foram classificados como acima de 200 células/mm³ de sangue e abaixo deste valor, no início e no final do período de vinte e quatro meses da realização das entrevistas. Foi considerado o valor de 200 células/mm³ de sangue, devido a maior probabilidade que abaixo deste valor, a pessoa vivendo com HIV/aids pode desenvolver doenças oportunistas, devido ao comprometimento do sistema imunológico. A grande maioria dos participantes do Grupo Controle (96,8%) manteve seu resultado de exame de contagem de Linfócitos T CD4 acima de 200 células/mm³ de sangue; sendo que apenas quatro participantes deste grupo apresentaram resultado abaixo de 200 células/mm³ de sangue e mantiveram esta classificação após os vinte e quatro meses. Os participantes do Grupo em Atraso apresentaram resultados diferentes, onde 16 participantes mantiveram a contagem de Linfócitos T CD4 abaixo de 200

células/mm³ de sangue no início e final dos vinte e quatro meses, sete participantes inicialmente apresentaram resultado abaixo deste valor e ao final do período obtiveram como resultado contagem acima de 200 células/mm³ de sangue e um paciente, que no início apresentou a contagem de Linfócitos T CD4 acima de 200 células/mm³ de sangue no final do período obteve resultado abaixo deste valor; totalizando 13,7% dos participantes com resultado de contagem de Linfócitos T CD4 abaixo de 200 células/mm³ de sangue, parcela menor comparada com estudo realizado por SEIDL e colaboradores, em 2007, no Distrito Federal onde os participantes do estudo, considerados não aderentes estavam em grande parte (59,3%) com CD4 menor que 200 células/mm³ de sangue. Como na variável da carga viral, o resultado de exame de contagem de linfócitos T CD4 no início do período de vinte e quatro meses tem associação nos estudos uni e multivariados. Ter o CD4 inicial abaixo de 200 células/mm³ aumenta a chance em cinco vezes de ser do Grupo em Atraso. Esta baixa imunidade nas pessoas que vivem com HIV/aids pode ser reflexo do descuido com a saúde em geral; tais pessoas apresentam uma necessidade maior de atenção da equipe de saúde, uma vez que o estilo de vida e o perfil comportamental delas refletem em baixa adesão ao tratamento e a tomada da TARV de maneira irregular acarreta em um maior comprometimento do sistema imunológico.

Como esperado, por apresentaram uma boa adesão ao tratamento, apenas 4,8% dos participantes do Grupo Controle foram internados durante o período de vinte e quatro meses analisados, enquanto que no Grupo em Atraso esta característica foi apresentada pelo dobro dos participantes, 9,6% do total. Estas internações geram custos ao serviço prestado bem como a piora na qualidade de vida dos pacientes. Para diminuir estas internações, como discutido anteriormente, o profissional farmacêutico e demais profissionais da área de saúde devem estar atentos ao acompanhamento do paciente ao tratamento, desempenhando papel fundamental para melhora desta adesão.

Todos os pacientes que retiraram a TARV até cinco vezes nos últimos 24 meses apresentaram resultado de exames de carga viral acima do limite de detecção, assim como, em sua maioria, contagem de linfócitos T CD4 abaixo de 200 células/mm³ de sangue.

O intervalo entre as retiradas da TARV na farmácia da UETDI deveria ser no máximo de 30 dias, qualquer número superior a este, foi considerado atraso. Dentre

os intervalos apresentados pelos participantes entrevistados, duas semanas após o 30º dia da última retirada da TARV foi o período no qual concentrou o maior número de participantes, 24,8%, seguido pelo intervalo de 31 a 59 dias, o qual representou 20% do total: média de 28,4 dias de atraso. Os participantes que apresentaram, em média, no mínimo 31 dias de atraso na retirada da TARV obtiveram, em sua maioria, resultados de exame de carga viral acima do limite de detecção, sendo que 56% (n=14) dos participantes com média de atraso entre 31 a 59 dias apresentaram este resultado, seguidos de 75% (n=9) e 77,8% (n=7) dos participantes dos intervalos de 60 a 120 dias e acima de 120 dias, respectivamente.

5.3. Considerações finais

Através dos resultados obtidos, nota-se que a retirada da TARV de forma irregular interfere diretamente nos resultados de exames laboratoriais de carga viral e contagem de linfócitos T CD4 e com os resultados apresentados é possível analisar o perfil das pessoas que vivem com HIV/aids, usuária dos serviços oferecidos na UETDI que têm tendência de tomar a medicação de forma irregular, atrasando a retirada da TARV na farmácia, não realizar o acompanhamento do tratamento de forma satisfatória, podendo apresentar comportamento de ausências em exames, consultas e demais atendimentos e não utilizar todos os serviços disponíveis na Unidade devido a falta de informação ou desinteresse a respeito da doença. Sendo assim a melhora nos exames laboratoriais dos participantes tem influência direta do trabalho em equipe desenvolvido na Unidade, onde a equipe de saúde sempre está preocupada com o bem estar e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, demonstrando a importância da retirada da TARV em dia para a manutenção da boa adesão e sucesso do tratamento.

O Teste de Morisky-Green deveria ser aplicado em todas as pessoas que vivem com HIV/aids que fazem acompanhamento na UETDI em um determinado momento do tratamento para conseguir “mensurar” a adesão à TARV e posteriormente ampliar a realização deste teste para todos as pessoas que retiram medicação na Farmácia da UETDI.

Realizar este presente estudo foi gratificante, visto que em todas as entrevistas algo novo foi aprendido, seja no vocabulário, dicas de beleza, novas receitas de comida ou como ouvinte de histórias emocionantes. Foram selecionados,

pela pesquisadora, alguns trechos das entrevistas os quais fizeram sentido para a realização do estudo, conforme apresentado no APÊNDICE 03.

6. Conclusões

O presente estudo demonstrou que a retirada da TARV de forma irregular pelas pessoas que vivem com HIV/aids e fazem acompanhamento na UETDI está associada às seguintes covariáveis:

- Fazer o uso de outro medicamento além da TARV.
- Apresentar resultado de exame de carga viral acima do limite de detecção.
- Apresentar resultado de exame de contagem de linfócitos T CD4 menor que 200 células/mm³ de sangue.
- Apresentar “baixa adesão” à TARV como resultado do teste de Morisky-Green.

Estas observações podem auxiliar para ações futuras dos profissionais de saúde da Unidade a fim de melhorar, ainda mais, a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, F. M.; BRITTO E ALVES, M. T. S. S.; AMARAL, F. M. M. Uso de Plantas com Finalidade Medicinal por Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS em Terapia Antirretroviral. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.424-434, 2012.

ALMEIDA, E. L. *et al.* Adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Rev. Min. Enferm.*; v. 15, n. 2, p. 208-216, 2011.

AMBIEL, I. S.S.; MASTROIANNI, P. C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 34, n. 4, p. 469-474, 2013.

ARRAIS, P. S. *et al.* Profile of self-medication in Brazil. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9430928> >. Acesso em: 9 fev. 2015.

BERGSTEN-MENDES, G. Rational use of medicines: the pivotal role of the pharmacist. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 Suppl, p. 569-71; discussion 575-7, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936159> >. Acesso em: 11 fev. 2015.

BONOLO, P. D. F. *et al.* Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 267-278, 2007. ISSN 1679-4974. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 10 fev. 2015.

BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. Drug impact on human poisoning in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 15, n. 4, p. 859-69, 1999 Oct-Dec 1999. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10633208> >. Acesso em 09 fev.2015.

BRASIL. Presidência da República-Casa Civil. **Lei Nº 9.313**, de 13 de Novembro de 96, Diário Oficial da União de 14 de Novembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Estratégico do Programa Nacional DST/Aids**. Brasília, 2005.

_____. 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/Aids**. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias. **Diário da União**, Poder Executivo, Brasília, 9 de out. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Notícias. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/noticia/2014/diretor-apresenta-acoes-do-departamento-e-perspectivas-para-2015-na-expoepepi>>. Acesso em: 04 de mar. 2015. Brasília, 2014b.

_____. Portaria nº 1.271, de 06 de Junho de 2014, do Ministério da Saúde, Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **História da Aids**. 2015a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acessado em : 14 abr. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Gerencial. 2015b. Disponível em:< <http://azt.aids.gov.br/>>. Acessado em: 06 jul. 2015.

CARVALHO, G.S. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Vivências do tratamento anti-retroviral**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência em Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CARVALHO, C.V.; MERCHÁN-HAMANN, E.; MATSUSHITA R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 5, p.555-65, set-out, 2007.

CANTWELL-MCNELIS, K.; JAMES, C. W. Role of clinical pharmacists in outpatient HIV clinics. **Am J Health Syst Pharm**, v. 59, n. 5, p. 447-52, 2002. ISSN 1079-2082. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11887411> >. Acesso em 13 fev. 2015.

CECCATO, M. *et al.* HIV patients' understanding of information on antiretroviral therapy. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-97, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15486683> >. Acesso em 12 fev. 2015.

COLOMBRINI, M. R. C.; DELA COLETA, M. F.; LOPES, M. H. B .M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. **Rev Esc Enferm USP** , v. 42, p. 490-5, 2007.

CROTHERS, K. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Patients Who Have HIV Infection. **Clin Chest Med**, v. 28, p. 575-587, 2007.

DA SILVEIRA, V. L. *et al.* Characteristics of HIV antiretroviral regimen and treatment adherence. **Braz J Infect Dis**, v. 7, n. 3, p. 194-201, 2003. ISSN 1413-8670. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14499042> >. Acesso em: 9 fev. 2015.

DE AQUINO, D. S. Why rational drug use must be a priority?. **Cien Saude Colet**, v. 13 Suppl, p. 733-6, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936178> >. Acesso em : 02 mar. 2015.

DOURADO, I. *et al.* AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 40 Suppl, p. 9-17, 2006. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16729154> >. Acesso em: 12 fev. 2015.

FERREIRA, D.C.; FAVORETO, C.A.O.; GUIMARÃES, M.B.L. The influence of religiousness on living with HIV. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.383-93, 2012.

GALLANT, J. E. Strategies for long-term success in the treatment of HIV infection. **JAMA**, v. 283, n. 10, p. 1329-34, 2000. ISSN 0098-7484. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10714734> >. Acesso em: 03 mar. 2015.

GARCIA, R.; SCHOOLEY, R. T.; BADARÓ, R. An adherence trilogy is essential for long-term HAART success. **Braz J Infect Dis**, v. 7, n. 5, p. 307-14, 2003. ISSN 1413-8670. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14552740> >. Acesso em: 10 fev. 2015.

GASPARIN, A. B.; *et al.* Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1307-1315, 2009.

GEOCZE, L.; *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n.4, p.743-749, 2010.

GOMES, R.R.F.M. **Avaliação dos registros de dispensação dos anti-retrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em serviços de referência**. 2008. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

GUIMARÃES, M. D. C. Temporal trends in AIDS-associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 16(Sup. 1) p. 21-36, 2000.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

HERNÁNDEZ ARROYO, M. J. H. *et al.* Impact of a pharmaceutical care program on clinical evolution and antiretroviral treatment adherence: a 5-year study. **J. Patient Prefer Adherence**, v. 7, p. 729-39, 2013. ISSN 1177-889X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983457> >. Acesso em: 27 mar 2015.

LEITE, J.C.C, *et al.* Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.

LESHO, E. P.; GEY, D. C. Managing issues related to antiretroviral therapy. **Am Fam Physician**, v. 68, n. 4, p. 675-86, 2003. ISSN 0002-838X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12952384> >. Acesso em: 13 fev. 2015.

LEVI, G. C.; VITÓRIA, M. A. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. **AIDS**, v. 16, n. 18, p. 2373-83, Dec 2002. ISSN 0269-9370. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12461410> >. Acesso em: 02 mar. 2015.

LIGNANI, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Assessment of the compliance to antiretroviral drugs among HIV/AIDS patients. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11799461> >. Acesso em: 12 fev. 2015.

MARCH, K.; MAK, M.; LOUIE, S. G. Effects of pharmacists' interventions on patient outcomes in an HIV primary care clinic. **Am J Health Syst Pharm**, v. 64, n. 24, p. 2574-8, 2007. ISSN 1535-2900. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056946> >. Acesso em: 04 mar. 2015.

MARINS, J. R. *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 11, p. 1675-82, 2003. ISSN 0269-9370. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853750> >. Acesso em: 09 fev. 2015.

MCNABB, J. *et al.* Adherence to highly active antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic. **Clin Infect Dis**, v. 33, n. 5, p. 700-5, 2001. ISSN 1058-4838. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11486292> >. Acesso em: 10 mar. 2015.

MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, 2013.

MEHTA, S.; MOORE, R. D.; GRAHAM, N. M. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. **AIDS**, v. 11, n. 14, p. 1665-70, 1997. ISSN 0269-9370. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9386800> >. Acesso em: 13 fev. 2015.

MELCHIOR, R. *et al.* Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 87-93, 2007.

MORIEL, P. *et al.* Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes HIV positivos: Influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. **Rev. Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo v.2 n.3 p. 5-10 set./dez. 2011

MORISKY, D. E. GREEN L. W., LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

NEMES, M. I. B. *et al.* Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da Assistência em aids no Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 2, p. 207-12, 2009.

NIEUWKERK, P. T. *et al.* Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. **Arch Intern Med**, v. 161, n. 16, p. 1962-8, 2001. ISSN 0003-9926. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11525698> >. Acesso em: 03 mar. 2015.

OKUNO, M. F. *et al.* Quality of life in elderly patients living with HIV/AIDS. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 7, p. 1551-9, Jul 2014. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25166950> >. Acesso em: 15 mai. 2015.

OLUWATOYOSI A. A. *et al.* The New Invincibles: HIV Screening among Older Adults in the U.S. **Plos one**, v 7, n. 8, 2012.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med**, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005. ISSN 1533-4406. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16079372> >. Acesso em: 11 fev. 2015.

PATERSON, D. L. *et al.* Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med**, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000. ISSN 0003-4819. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10877736> >. Acesso em: 06 mar. 2015.

PEREIRA *et al.* Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2 p.149-160, 2012.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. [Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/AIDS: challenges and possibilities]. **Cien Saude Colet**, v. 15 Suppl 1, p. 1201-8, Jun 2010. ISSN 1678-4561. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640279> >.

RAFFA, J. D. *et al.* Intermediate highly active antiretroviral therapy adherence thresholds and empirical models for the development of drug resistance mutations. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 47, n. 3, p. 397-9, 2008. ISSN 1525-4135.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18398974> >. Acesso em: 10 fev. 2015.

RIBEIRO, C.G; *et al.* A AIDS e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Niterói, v. 17, n. 2, p. 127-132, abr./jun. 2005.

ROMEY, G. A. *et al.* Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo v.3, n.1, p. 37-41, 2011.

ROZENFELD, S. [The pharmacist: health professional and citizen]. **Cien Saude Colet**, v. 13 Suppl, p. 561-8, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936158> >. Acesso em: 09 fev.2015.

SALES, P.M.; *et al.* The use of herbal medicine by AIDS patients from Hospital Universitário de Brasília, Brazil. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas** , v. 7, n. 4, p. 208 – 217, 2008.

SANKAR, A. *et al.* How qualitative methods contribute to understanding combination antiretroviral therapy adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 43 Suppl 1, p. S54-68, 2006. ISSN 1525-4135. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133205> >. Acesso em: 11 mar. 2015.

SANTOS, N. J. S . *et al.* A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n. 2 , 2002.

SEIDL, E. M. F. *et al.* Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

SEIDL, E. M. F e MACHADO, A. C. A. Bem estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 239-247, 2008.

SEPKOWITZ, K. A. AIDS--the first 20 years. **N Engl J Med**, v. 344, n. 23, p. 1764-72, 2001. ISSN 0028-4793. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11396444> >. Acesso em: 12 fev. 2015.

SINGH, N. *et al.* Adherence of Human Immunodeficiency Virus–Infected Patients to Antiretroviral Therapy. **Clinical Infectious Diseases**, v. 29, p. 824-30, 1999.

SOKOL, M.C.; MCGUIGAN, K.A.; VERBRUGGE, R.R.; EPSTEIN, R.S. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. **Medical Care**, v.43, n.6, p.521-530, 2005.

STONE, V. E. *et al.* Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 36, n. 3, p. 808-16, 2004. ISSN 1525-4135. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15213564> >. Acesso em: 12 fev. 2015.

TEIXIERA, P.R. Acesso Universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 50-57, 2003.

UNAIDS. Resources. Documents. 2014a. Disponível em: < http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf >. Acesso: em 16 abr. 2015

_____. Joint United Nations Programme on HIV. **90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. Switzerland, 2014b.

VERVOORT, S. C. J. M. *et al.* Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. **AIDS**, v. 21, p. 271-281, 2007.

VOLBERDING, P. A.; DEEKS, S. G. Antiretroviral therapy for HIV infection: promises and problems. **JAMA**, v. 279, n. 17, p. 1343-4, 1998. ISSN 0098-7484. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9582033> >. Acesso em: 09 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies - Evidence for action**. p.95, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>. Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Programmes. Data and Statistics – **Global epidemiology**. HIV Department, 2013. Disponível em: < <http://www.who.int/hiv/data/en/> > . Acesso em: 02 mar. 2015.

_____. **Programmes – HIV/AIDS**. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/en/>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **The role of the pharmacists in the fight against the HIV-Aids pandemic**. Vancouver, 1997. Disponível em: <https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=245&table_id=>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

_____. **Developing pharmacy practice**: a focus on patient care. Department of Medicines Policy and Standards. Geneva, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf> . Acesso em: 13 mar. 2015.

QUESTIONÁRIO

Data ____/____/____

Prontuário nº _____

Nº _____

1. Nome _____

2. Nascimento ____/____/____ 3. Idade ____ 4. Sexo ____ 1. Masc 2. Fem

5. Parceiro fixo ____ 1-sim 2-não 6. Filhos ____

7. Local de nascimento _____ 8. Local de residência _____

9. Mora Sozinho ____ 1-sim 2-não 10. Raça _____

11. Escolaridade ____ 1. Nenhuma; 2. Fund. Inc.; 3. Fund. Com.; 4. Médio Inc.; 5. Médio. Com; 6. Sup. Inc.;
7. Sup. Com.

12. Recebe benefício do governo? ____ 1-sim 2-não 13. Ocupação _____

14. Renda familiar ____ 15. Religião _____ 16. Tabagismo ____ 1-sim 2-não

17. Consumo de álcool ____ 1 = mais de uma vez ao dia, todos os dias; 2 = uma vez ao dia, todos os dias;
3 = de 2-3 vezes/semana; 4 = 1-2 vezes ao mês; 5 = esporadicamente; 6 = nunca

18. Uso de drogas ilícitas nos últimos dois anos ____ 1- sim; 2- não 3- não sabe

19. Você faz alguma atividade/Exercício Físico? ____ 1-sim 2-não Se sim, qual? _____

20. Tempo de diagnóstico: _____ 21. Tempo de TARV _____

22. TARV em uso: _____

23. Você participa das reuniões mensais do grupo de adesão? ____ (1-sim 2-não)

24. Você acha importante tomar a TARV? ____ (1-sim 2-não)

25. Você recebe orientações sobre o uso da TARV? ____ (1-sim 2-não)

26. Você tem dúvidas quanto ao uso da TARV? ____ (1-sim 2-não)

27. Faz uso de outra medicação além da TARV? ____ (1-sim 2-não)

Se sim, qual? _____

28. Você toma algum "chá"? ____ (1-sim 2-não) Se sim, qual? _____

Para quê? _____ Que horário? _____ Todo dia? _____

Quem recomendou o uso de chá? _____

MORISKY-GREEN-LEVINE: (1-sim 2-não)

29. Você, às vezes, esquece de tomar seus remédios?

30. Você, às vezes, é descuidado com a hora de tomar seus remédios?

31. Quando você se sente bem, você às vezes deixa de tomar seus remédios?

32. Algumas vezes se você se sente mal quando toma o remédio, você deixa de tomar?

33. Retirada de medicação em atraso ____ 1-sim 2-não Se sim, quantos dias (média)? ____

34. Exames Laboratoriais:

Data						
Exame						
Contagem CD4 ⁺ (células/mm ³ de sangue)						
Carga Viral						

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a). está sendo convidado(a) para participar em uma pesquisa chamada **“Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/AIDS que retiram medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao tratamento”**.

Desejamos saber nessa pesquisa se o(a) Sr(a). pega o coquetel contra o HIV em atraso ou não. Para saber sobre isso, queremos fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia. Gostaríamos de pedir autorização para pegar no seu prontuário as informações sobre o seu CD4 e a sua carga viral. E fazer perguntas sobre o coquetel contra o HIV como por exemplo:
- Se toma o coquetel certinho, se tem dúvidas sobre o uso dele; se esquece de tomar algum desses remédios do coquetel ou se sente mal quando toma.

O(a) Sr(a). participa se quiser da pesquisa. Não é obrigatório participar da pesquisa para poder pegar o coquetel na farmácia. Caso não queira participar da pesquisa, o (a) Sr(a). pode pedir para retirar seu nome dela a qualquer momento. Para participar, é necessário ler com atenção este documento e ouvir nossas explicações. Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar. Você pode também procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto–USP pelo tel. (16) 3602-4213 ou pelo e-mail cep@fcfrp.usp.br. Se estiver interessado em participar, solicitamos que assine este documento, levando uma cópia dele assinada por nós, e responda as perguntas do questionário que vamos fazer. Somente eu e você vamos ler o que vai ser respondido no questionário e garantimos que o (a) Sr(a). não terá seu nome revelado, principalmente quando divulgarmos os resultados em eventos científicos.

Por que esta pesquisa está sendo feita?

Tomar o coquetel contra o HIV de forma errada pode causar queda do CD4 e aumento da carga do vírus do HIV. Muitas pessoas que tem o HIV pegam o coquetel fora do dia correto na farmácia e, por isso, ficam sem remédio para tomar. Queremos saber por que os pacientes pegam o coquetel depois do dia correto e saber como estão seus exames. Com essas informações, podemos ajudar as pessoas, fazendo com que elas peguem e tomem o coquetel certinho.

Os riscos de participar da pesquisa são mínimos, uma vez que você pode se sentir desconfortável com algumas perguntas. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Pesquisador responsável
Farm. Gabriela de Campos Seuanes
Telefone: (16)98173-749
Email: **gabriela.seuanes@usp.br**

Prof. Dr. Harnoldo C. Coelho – FCFRP-USP
Telefone: 3602-0660/ (16)98136-1534
Email: **harnoldo@usp.br**

Eu, _____, após tomar conhecimento sobre a pesquisa **“Estudo do perfil dos pacientes portadores do HIV/AIDS que retiram medicação antirretroviral em atraso e suas consequências na adesão ao tratamento”**, entendi e concordo em participar como voluntário, respondendo a um questionário. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer prejuízo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido

Ribeirão Preto, ____/____/____

Participante

Paciente 01 - 41 anos:

“O meu médico vai se surpreender comigo, já que “em nome de Jesus” serei curada!
... Não participo das reuniões do grupo de adesão porque lá, parece que os pacientes competem para ver quem tem a pior história...
... Foi Deus que te enviou para conversar comigo”.

Paciente 02 - 39 anos:

“Quando eu era viciado, esquecia de tomar o remédio... eu ficava em outro mundo!
Agora, não esqueço mais, tomo nove comprimidos ao dia, quatro ao levantar e cinco antes de dormir.”

Paciente 03 - 34 anos:

“Quando soube do diagnóstico fui contar para o padre... ele disse que tem muita gente na Igreja que também tem...
Quando meu pai soube, pediu para minha mãe esconder o veneno de rato com medo de que eu me matasse, pelo estereótipo de antes do soropositivo.”

Paciente 04 - 48 anos:

“Sei muito bem quem me passou o HIV... quando recebi a notícia do diagnóstico, não fiquei abalado. A minha parceira fez o exame e deu negativo, se o resultado do exame fosse positivo, aí sim eu ficaria abalado...”.

Paciente 05 - 37 anos:

“Sei que estão fazendo uma vacina... é um estudo recente, mas isso é para o futuro. Temos que pensar no agora, o que tem de tratamento no momento e se dedicar a ele.”

Paciente 06 - 72 anos:

“Quando fui convidado para participar de uma pesquisa clínica de um novo medicamento, tinha acabado de perder a minha esposa, (que ninguém diagnosticou com o vírus), não tinha nada a perder, então, mesmo sabendo de todos os riscos, aceitei participar. Eram seis pacientes que faziam parte do estudo, gostaria de saber como eles estão, se responderam bem ao tratamento como eu, queria um encontro...”.

Paciente 07 - 45 anos:

“Não tenho o apoio da família, minha mãe já veio a uma consulta comigo, mas não acredita nas minhas queixas... faz que entende a situação na frente do médico, mas é como se a informação entrasse por um ouvido e saísse pelo outro...” .

Paciente 08 - 29 anos:

“Quando iniciei o tratamento, meu CD4 era 14... eu já estava na “vala”... Acredito que os grandes laboratórios e indústrias farmacêuticas “escondem” a cura ou o progresso para o tratamento para o vírus do HIV, porque envolve muito dinheiro”.

Paciente 09 - 53 anos:

“Ninguém sabe do diagnóstico, só eu!...

Quando tem muita gente na minha casa, como na sexta passada, que estava com a casa cheia de familiares, eu não tomo a medicação enquanto eles não forem embora, mesmo se passar do horário de tomar...”.

Paciente 10 - 49 anos:

“Quando mudou a minha medicação, tive muita diarreia, daí a Dra passou uma medicação nova; eu entendi que era para parar com o remédio que eu tomava antes e só tomar o novo, deixei o coquetel de lado... quase tive que encomendar meu caixão!...

Minha madrinha que cuida de mim; não sei escrever nem fazer conta, ela “tá” me ensinando como devo usar o dinheiro no banco, ir tirando aos poucos, só quando precisar...”.

Paciente 11 - 35 anos:

“Ando fazendo uns “bicos” para ganhar dinheiro... estou cuidando de aproximadamente 30 frangos, mas quando eles estão cantando e acordando muito cedo, eu mato para comer...

Fazia um “bico” na fazenda de um amigo, mas um dia, quando eu estava bêbado, falei para todo mundo que eu era HIV +... meu amigo não quis mais me dar serviço e ainda falou para eu tomar cuidado com os mosquitos... me senti mal!...”.

Paciente 12 - 59 anos:

“Antes de ser internada, trabalhava como diarista para uma senhora e a filha dela, que era médica, investigou o que eu tinha e não quis que eu voltasse a trabalhar com ela, porque eu era um risco para a mãe dela, caso um copo ou um prato quebrasse... Indiquei algumas amigas para trabalharem no meu lugar e elas acabaram se afastando de mim.”

Paciente 13 - 50 anos:

“Às vezes fico em dúvida se tomei a medicação ou não, e por sugestão do meu marido, que também faz isso, antes de tomar, agito o frasco do comprimido, para lembrar disso depois”.

Paciente 14 - 52 anos:

“Viajo muito a trabalho, sou caminhoneiro. Fui contaminado por relação sexual desprotegida, fico muito tempo fora de casa; trabalhando e na época que me contaminei, minha sogra morava junto com a gente, era difícil... eu disse para minha esposa que ela tem culpa pela doença...”.

Paciente 15 - 51 anos:

“Como a medicação é de graça, o único trabalho que tenho é de engolir os comprimidos...”.

Paciente 16 - 39 anos:

“Eu estava com catapora interna, ninguém queria pegar meu caso no HC, porque uma menina de oito anos tinha acabado de falecer devido à catapora. Um médico disse que me atenderia se eu participei de um estudo que não seria nada fácil. Fui internada, todos os espelhos foram recolhidos ou cobertos para eu não me assustar. Fiquei irreconhecível, inchada, deformada. Quando meu marido veio me visitar, a equipe do hospital me cobriu com um lençol molhado para ele não me ver naquele estado, ele tirou o lençol da minha cabeça, quando me viu, desmaiou... ficou desesperado dizendo que eu não sobreviveria. Em uma das madrugadas, eu levantei e fui no banheiro, o espelho estava lá, levei um susto, achei que ia morrer, estava com feridas no corpo todo...”.

Paciente 17 - 48 anos:

“Fico cansada muito fácil... já pensei em trabalhar como faxineira, o que é difícil, já que limpo um cômodo e tenho que descansar, tenho que fazer o serviço aos poucos... e depois, nenhuma patroa deixaria eu faltar tanto....este mês, por exemplo, tenho que estar no HC uns cinco dias... e o médico da perícia diz que estou apta para trabalhar... queria saber o que significa este “apta”...”.

Paciente 18 - 38 anos:

“No começo do tratamento, parecia que eu estava tomando uma bomba atômica.... de Hiroshima e Nagasaki.... o remédio “batia no estômago” e voltava... mas hoje em dia, não sinto nada...”

Paciente 19 - 47 anos:

“Tomar o coquetel é uma condição obrigatória para quem quer viver. Quem tem amor à vida, toma!”.

Paciente 20 - 40 anos:

O paciente compôs uma música depois que sofreu um acidente de moto e ficou cego: “Não vejo como você, mas nem por isso, você precisa me julgar...”.

Paciente 21 - 43 anos:

Quando questionei sobre o diagnóstico, ele disse:

“Do que? Que vírus? ... Tô sabendo agora...”. E então, o irmão retrucou: “Para de gracinha, você sabe muito bem o que tem... e me pergunta toda hora para que servem os remédios que você toma...”.

Paciente 22 - 38 anos:

“Eu era doador de sangue... em uma das doações, um médico me chamou em um canto e disse que eu morreria em breve, pois estava com o vírus. Recebi o diagnóstico muito mal e não quis ir atrás de tratamento... Só alguns anos depois que comecei o seguimento...”.

Paciente 23 - 55 anos:

“Eu preciso de ajuda para organizar minha medicação... minha vizinha deixa separada a medicação para a semana toda...”.

Paciente 24 - 52 anos:

“Quando eu fiquei internado aqui, eu gostei... parecia um hotel, fui muito bem tratado...”.

Paciente 25 - 46 anos:

“Apesar de tudo que aconteceu, receber o diagnóstico teve um lado positivo... comecei a me valorizar e pensar nas consequências dos meus atos...”.

Paciente 26 - 61 anos:

“Meu CD4 estava baixíssimo no começo e meus amigos brincavam que não era pra eu estender roupa no varal, porque se eu ficasse de braços levantados, Deus aproveitava e me levava...”.

Paciente 27 - 47 anos:

A paciente estava com um terço na mão... Mas disse que não acreditava em terços, que era para eu ficar com ele. Coloquei-o dentro de sua bolsa...

Paciente 28 - 49 anos:

“Pedi encaminhamento para clínica para tratamento para usuários de crack... fui encaminhado ao CAPS e lá o pessoal conversava muito comigo, me dava conselhos e ideias; mas eu queria ajuda, porque ideias, papai e mamãe dão em casa...”.

Paciente 29 - 64 anos:

Paciente muito simpático me contou uma piada:

“Como se faz para separar a briga de dois cegos?

Fala que você aposta no que está com a faca!”.

Paciente 30 - 43 anos:

“A minha vontade é visitar os pacientes da enfermaria que ninguém vem visitar... já vi de tudo por aqui... Aqui foi minha casa por muito tempo... vi gente escondendo medicação, fazendo de tudo... o principal problema é o abalo psicológico...”.

Paciente 31 - 47 anos:

“O segredo da adesão ao tratamento é a auto-estima boa... só que algumas pessoas não descobrem o que pode ser feito para aumentá-la...”.

Paciente 32 - 49 anos:

“Eu coloco alarme no meu celular para lembrar o horário de tomar o coquetel... é tão alto que até quem está no outro quarteirão escuta!”.

Paciente 33 - 54 anos:

“A gente mata um leão por dia, se não tomar a medicação, talvez no dia seguinte o comprimido não seja suficiente para “aprisionar o vírus” e ele acaba saindo...”.

Paciente 34 - 63 anos:

“Comecei a cursar Faculdade, para ocupar meu tempo ocioso.. é estranho a falta de respeito dos alunos com os professores; eu estava acostumado a cantar o hino nacional, a ficar em pé quando o professor entrasse na sala e hoje em dia, os alunos só ficam no celular...”.

Paciente 35 - 40 anos:

“Fui várias vezes no postinho e ninguém descobria o que eu tinha... foi aqui no HC que descobriram... Depois do diagnóstico, fiquei seis meses sem olhar para cima, sem olhar para as pessoas, sem sair de casa... Pedi para meu pai agendar consulta com a psicóloga... depois de dez minutos de conversa com ela, voltei a encarar as pessoas e a conversar até mais do que deveria... risos...”.

Ribeirão Preto, 16 de dezembro de 2014.

Declaro para os devidos fins que **GABRIELA DE CAMPOS SEUANES**, portadora do RG 32.534.954-x, participou das reuniões e atividades promovidas pelo Grupo de Adesão dos pacientes que se realizam acompanhamento na Unidade de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP. Ressaltamos que sua colaboração muito beneficiou estes pacientes e o tratamento realizado pelos mesmos.

Por ser verdade firmo o presente.

Juliana Cintra Freitas
Assistente Social
CRESS: 38.529

Karen M. Loro Morejon
Médica
CRM: 102.251