

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NATÁLIA GALVÃO

ADESÃO AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTES HIV/AIDS NA
REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS DO ESTADO DO PARANÁ

PONTA GROSSA

2019

NATÁLIA GALVÃO

ADESÃO AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTES HIV/AIDS NA
REGIÃO DO ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Claudia G. C. Kluthcovsky

PONTA GROSSA

2019

G182 Galvão, Natália
Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região dos Campos
Gerais do estado do Paraná / Natália Galvão. Ponta Grossa, 2019.

68 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção
Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.

Adesão à medicação. 2. Infecções por hiv. 3. Terapia antirretroviral de alta atividade. I.
Muller, Erildo Vicente. II. Kluthcovsky, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. III. Universidade
Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

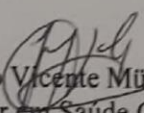
CDD: 615

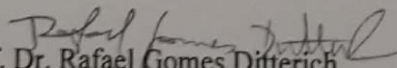
NATÁLIA GALVÃO

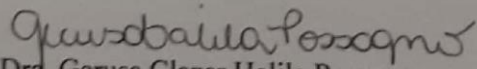
ADESÃO AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS EM
PACIENTES HIV/AIDS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS DO
ESTADO DO PARANÁ: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
INTERDISCIPLINAR

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 11 de março de 2019.


Prof. Dr. Erildo Vicente Müller – Orientador
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa


Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Doutor em Odontologia
Universidade Estadual do Paraná


Profa. Dra. Gerusa Clazer Halila Possagno
Doutora em Ciências Farmacêuticas
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico à minha família e amigos

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional para a realização deste projeto, especialmente a minha irmã Gabriele, que esteve envolvida em diversas etapas deste trabalho. Minha gratidão por estar sempre tão presente em minha vida.

Ao professor Dr. Erildo Vicente Muller, orientador deste projeto, a quem agradeço pela oportunidade e confiança.

Aos meus colegas de mestrado, com os quais partilhei diversos conhecimentos, em especial às minha amigas Camila Zanesco, Jessica Galvan e Roberta Mainardes, pessoas que transcendem as barreiras de colegas e que irei levar comigo para toda a vida.

Às minhas melhores amigas Débora e Bruna, por sempre acreditarem em mim e fazerem das minhas conquistas as suas.

Mais que um fazer, é paixão por aprender, compartilhar e ir além.

(Ivani Fazenda)

RESUMO

Ao longo das duas últimas décadas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem se tornado uma epidemia global, com consequências políticas e econômicas, necessitando de novas formas e recursos para o seu controle. Apesar de não haver cura para a infecção pelo HIV existem medicamentos antirretrovirais que diminuem a progressão da doença, podendo levar a uma expectativa de vida normal. Após o advento da terapia antirretroviral (TARV), as limitadas opções de tratamento deixaram de ser um problema e a adesão aos antirretrovirais passou a ser decisiva, devido à necessidade de uma boa adesão para a efetividade do tratamento. Os estudos que buscam verificar a adesão aos medicamentos, bem como constatar os fatores influenciadores, são de extrema importância uma vez que auxiliam na elaboração e implementação de medidas mais eficazes para o tratamento de pacientes com HIV. O estudo objetivou avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais de pacientes em tratamento de HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Atenção Especializada (SAE) no município de Ponta Grossa, Paraná. A pesquisa deu-se por meio de um estudo epidemiológico, transversal e de abordagem quantitativa, que utilizou dados coletados a partir de questionários respondidos por pacientes vivendo com HIV, que são atendidos no SAE/CTA. Foi elaborado um questionário socioeconômico para a caracterização da população estudada, e o instrumento utilizado para aferir a adesão medicamentosa foi o “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)”. O resultado obtido foi uma pontuação média de 76,2 no questionário de adesão, o que é classificado como “Adesão adequada”. Obteve-se influência significativa da variável tempo sem tomar medicação, situação ocupacional, a presença de efeitos colaterais, náusea e tontura ($p < 0,001$). As variáveis Tempo sem tomar medicação, Residência, Orientação Sexual e Efeito Colateral foram capazes de explicar 26,94% da adesão aos medicamentos antirretrovirais de pacientes que realizam tratamento para o HIV/AIDS. A caracterização e elucidação da adesão nos indivíduos em TARV facilitam o desenvolvimento de ações voltadas para os pontos mais críticos da adesão medicamentosa.

Palavras- chave: Adesão à medicação. Infecções por HIV. Terapia antirretroviral de alta atividade.

ABSTRACT

Over the past two decades, human immunodeficiency virus (HIV) infection has become a global epidemic, with political and economic consequences, necessitating new forms and resources for its control. Although there is no cure for HIV infection, there are antiretroviral drugs that decrease the progression of the disease, which can lead to a normal life expectancy. After the advent of antiretroviral therapy (TARV), limited treatment options were no longer a problem and adherence to antiretrovirals became decisive, due to the need for a good adherence to the effectiveness of the treatment. Studies that seek to verify adherence to medications, as well as to verify the influencing factors, are extremely important since they help in the elaboration and implementation of more effective measures for the treatment of patients with HIV. The study aimed to evaluate the adherence to antiretroviral drugs of HIV / AIDS patients attended by the Specialized Attention Service (SAE) in the city of Ponta Grossa, Paraná. The research was based on a cross-sectional, quantitative-based epidemiological study that used data collected from questionnaires answered by patients living with HIV who sought SAE / CTA for consultation. A socioeconomic questionnaire was developed to characterize the population studied, and the instrument used to measure drug adherence was the "Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH)". The result was an average score of 76.2 in the membership questionnaire, which is classified as "Adequate adherence". There was a significant influence of the variable time without taking medication, occupational situation, the presence of side effects, nausea and dizziness ($p < 0.001$). The variables Time Without Medication, Residence, Sexual Orientation and Side Effects were able to explain 26.94% of the adherence to the antiretroviral drugs of patients who are being treated for HIV / AIDS. The characterization and elucidation of adhesion in the individuals in ART facilitates the development of actions directed to the most critical points of drug adherence.

Key words: Medication Adherence. HIV infections. Antiretroviral Therapy, Highly Active.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Municípios integrantes da 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.....	20
Figura 2	- Esquema de seleção de artigos para a revisão de literatura	23
Gráfico 1	- Intervalo de confiança das questões presentes no CEAT-VIH respondido por pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis socioeconômicas, de diagnóstico e adesão das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018	33
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.....	34
Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa 2018	36
Tabela 4 - Análise descritiva das questões presentes no CEAT-VIH respondido por pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.....	38
Tabela 5 - Análise univariada para variáveis socioeconômicas, de diagnóstico e adesão das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018	40
Tabela 6 - Análise univariada para variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa - 2018	41
Tabela 7 - Modelo multivariado das variáveis socioeconômicas que exercem influência sobre a adesão medicamentosa das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ARV	Antirretrovirais
CEAT-VIH	Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
ONU	Organização das Nações Unidas
PVHIV	Pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana
SAE/CTA	Serviço de atenção especializada/ Centro de Testagem e Aconselhamento
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 DESENHO DA PESQUISA	19
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO	19
4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	20
4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS	21
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	21
4.6 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	22
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
4.8 REVISÃO DE LITERATURA	23
5 REVISÃO DE LITERATURA	24
5.1 ADESÃO MEDICAMENTOSA: CONCEITO E OBJETIVOS DO TRATAMENTO ...	24
5.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA	24
5.3 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO	25
5.4 BARREIRAS PARA ADESÃO	26
5.4.1 Barreiras financeiras	27
5.4.2 Barreiras socioculturais	28
5.4.3 Crenças do paciente, atitudes e comportamentos	29
5.4.4 Experiência no serviço de assistência à saúde	30
5.5 NECESSIDADE DA ADESÃO AO ANTIRRETROVIRAL	31
5.6. A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA ADESÃO MEDICAMENTOSA	32
6 RESULTADOS	33

7 DISCUSSÕES	45
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A- - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	57
APÊNDICE B- Questionário Socioeconômico de coleta de dados	59
ANEXO A- Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH)	61
ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP	63
ANEXO C – Permissão Secretaria Municipal de Saúde	67

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada por um retrovírus que pode levar a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). O vírus apresenta tropismo por células CD4 do sistema imunológico, o que resulta em um déficit da resposta imunológica, deixando assim o organismo mais suscetível a doenças oportunistas (KUMAR et al., 2017).

Ao longo das duas últimas décadas, a infecção HIV/AIDS tem se tornado uma epidemia global, com consequências políticas e econômicas, necessitando de novas formas e recursos para o seu controle (SHAFIEKHANI et al., 2017). Esta epidemia é caracterizada como uma emergência global e um dos maiores desafios para a qualidade de vida, dignidade e garantia dos direitos humanos (TSE; HUANG, 2017).

Desde o primeiro caso de HIV diagnosticado em 1982, mais de 70 milhões de pessoas, no mundo, foram infectadas com o vírus HIV, com mais de 35 milhões de mortes o ano de 2015. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, a UNAIDS (2016), havia aproximadamente 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV, e destas, cerca de 1,1 milhões morreram de causas relacionadas à AIDS até o final de 2015, segundo dados da World Health Organization (WHO) (2016). Estimativas apontam que há aproximadamente 18,2 milhões de pessoas em tratamento com antirretrovirais (ARV) no mundo (UNAIDS, 2016).

No Brasil, em 2015, havia cerca de 830.000 pessoas vivendo com HIV e estima-se que no ano de 2015 tenham ocorrido 44.000 novos casos de infecção por HIV. O número de mortes relacionadas à AIDS, em 2015, foi estimado em 15.000 óbitos (UNAIDS, 2016). Apesar dos esforços do governo brasileiro para a prevenção do HIV, a infecção continua a se expandir no país.

Nos últimos 30 anos, a caracterização do HIV mudou. Nos primeiros anos da epidemia, o HIV era considerado uma infecção que primeiramente afetava os homens jovens e homossexuais. Entretanto, com o passar da década, a prevalência da infecção pelo HIV em adultos com mais de 50 anos de idade continuou a aumentar e se estender até 2004, onde a prevalência da infecção do HIV em adultos mais velhos excedeu as taxas anteriormente encontradas nos jovens (MCCOY et al., 2016).

Apesar de não haver cura para a infecção por HIV, existem medicamentos ARV que diminuem a progressão da doença, podendo levar a uma expectativa de vida normal (SULEIMAN; MOMO, 2016). Sendo assim a terapia com os ARV é referida como um advento na história do HIV, quando se deixou o conceito de ao ser diagnosticado o paciente só teria seis meses de sobrevida e passou-se a discutir sobre a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV (ROSSI; PEREIRA, 2014).

O HIV é eficientemente tratado com a terapia antirretroviral (TARV), melhorando a saúde com aumento de sobrevida das pessoas que vivem com HIV (PVHIV), pois uma adesão efetiva à

TARV resulta em preservação do sistema imunológico e proteção contra vários tipos de doenças infecciosas e cânceres (KALICHMAN; KALICHMAN, 2016).

A ampliação da expectativa de vida que os medicamentos proporcionaram fez com que atualmente a infecção por HIV/AIDS seja classificada como uma doença crônica e controlável. Atualmente, pacientes que seguem um regime de tratamento correto têm taxas de sobrevivência iguais aos pacientes não infectados com o vírus (ROSSI; PEREIRA, 2014; GALVÃO et al, 2015; IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Nos primeiros anos da epidemia, as pessoas infectadas pelo HIV tinham disponíveis limitadas opções de tratamento que apresentavam pouco impacto na diminuição da mortalidade relacionada ao HIV. Mais de 30 anos depois, PVHIV têm muito mais opções de tratamento, pois o número de comprimidos necessários a serem administrados é menor devido à coformulação de várias drogas em um único comprimido. Após o advento da TARV as limitadas opções de tratamento deixaram de ser um problema e a adesão aos ARV entrou em enfoque, devido à necessidade de uma boa adesão para a efetividade do tratamento (CORLESS et al., 2017).

Atualmente, a missão do UNAIDS e da Organização das Nações Unidas (ONU) é alcançar a meta de 90% de cobertura do tratamento para todas as PVHIV, como também alcançar 90% de sucesso do tratamento. Segundo estimativas da UNAIDS, alcançando essa meta até o ano de 2020, o programa conseguirá controlar a pandemia de HIV até o ano de 2030. Para que a meta proposta seja atingida, é essencial o acompanhamento, manutenção e aprimoramento dos programas vigentes. O sucesso não depende apenas do acesso ao tratamento, mas também de uma boa adesão à TARV e conservação da assistência, que é necessária para alcançar a supressão viral, para a prevenção da falha do tratamento, diminuição da transmissão viral e redução das mortes relacionadas ao HIV (FONSAH et al., 2016; IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

O Brasil sancionou a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante acesso universal e gratuito de medicamentos às pessoas com HIV/AIDS, um dos primeiros países em desenvolvimento a ter um programa de combate ao HIV tão amplo. Esse ano representou um marco na epidemia da AIDS, pois nesse período se descobriu novas classes de medicamentos do programa de TARV de alta atividade. Existem no país dezessete tipos de ARV disponibilizados gratuitamente para a população infectada pelo HIV (FELIX; CEOLIM, 2012; GALVÃO et al., 2015; SOUZA; TIBÚRCIO; KOIKE, 2016).

O tratamento com TARV de alta atividade é o emprego de três ou mais classes de ARV que suprimem ao máximo a carga viral do paciente infectado a níveis indetectáveis e que promovem a recuperação do sistema imunológico em pacientes com HIV/AIDS (ROSSI; PEREIRA, 2014; PACÍFICO; GUTIÉRREZ, 2015; SOUZA; TIBÚRCIO; KOIKE, 2016; VOISIN et al., 2017).

O regime de ARV pode ser dividido em “regime preferencial” considerado como “primeira linha de regime” que possui alta efetividade e baixa toxicidade, e “regime alternativo” que é mais

barato, mas com maior toxicidade e maior carga de comprimidos. O regime de ARV, uma vez iniciado, deve ser estritamente monitorado em termos de efetividade e existência de efeitos colaterais. É necessária a mudança de regime terapêutico em caso de toxicidade e resistência viral. Portanto, o regime de ARV necessita ser continuamente alterado e adaptado conforme os vários fatores externos inerentes ao tratamento, necessitando também de uma combinação de drogas, usualmente de três classes diferentes de ARV, atingindo pelo menos duas fases de replicação viral (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017)

Nenhum medicamento é desprovido de efeitos colaterais. Os efeitos adversos do tratamento medicamentoso com ARV estão relacionados com a composição do medicamento, com fatores genéticos e estilo de vida do paciente. Os efeitos colaterais são responsáveis muitas vezes pela falta de adesão ou a descontinuação ao tratamento (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Apesar da efetividade do tratamento com o ARV ser indiscutível, não há cura para a doença. Esse aspecto é explicado devido a inevitável resistência que ocorre durante o tratamento, a integração do HIV ao genoma celular e a presença de “santuários” do HIV que impedem sua total eliminação. Entretanto, a meta do ARV é reconstruir o sistema imunológico e manter o carga viral baixo em um nível indetectável, assim prevenindo a progressão da doença e transmissão da infecção por HIV (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017; NDUAGUBA, et al., 2017).

Adesão às medicações ARV é criticamente importante porque mesmo os menores desvios do regime prescrito podem resultar em resistência viral (OLISAH; BAIYEWU; SHEIKH, 2010).

A introdução desse tratamento tem trazido benefícios clínicos, e é uma estratégia com excelente custo benefício, visto que mantém a produtividade do trabalhador, diminuindo hospitalizações, mortalidade, infecções oportunistas, com consequente melhora na qualidade de vida do paciente. A TARV auxilia também no controle da infecção por HIV, visto que esta diminui a chance de transmissão do vírus quando a carga viral está indetectável, levando a importante impacto na saúde pública (ROSSI; PEREIRA, 2014; PACÍFICO; GUTIÉRREZ, 2015; SOUZA; TIBÚRCIO; KOIKE, 2016; VOISIN et al., 2017).

Altos níveis de adesão aos ARV são necessários para garantir maiores benefícios da supressão viral e a prevenção da emergência da resistência às drogas contra o HIV. Adesão ao TARV tem mostrado ser um preditor para o aumento da contagem de CD4, mesmo em pessoas que iniciaram o tratamento com nível baixo de CD4. Além do mais, adesão à TARV tem consequente impacto na saúde pública, baixando a carga viral comunitária, com diminuição da transmissão sexual, perinatal e injetável do HIV (MUKUI et al., 2016).

A consequência da não adesão adequada à terapia, em longo prazo, inclui a redução de eficiência da TARV devido ao aumento de resistência à droga, aumento do risco para transmissão, falha no tratamento (aumento de carga viral e diminuição de CD4 e CD8), progressão da doença e

morte. Por conta da falha no tratamento ser tão próxima a não adesão, fatores associados à adesão devem ser continuamente avaliados (NDUAGUBA et al., 2017)

Do ponto de vista da saúde pública, a baixa adesão aumentaria o risco de transmissão de cepas resistentes à população e, devido ao elevado custo deste tratamento, se converteria em uma causa de ineficiência dos recursos públicos (VILLARINHO et al., 2013). Sendo assim para o controle da propagação da doença é necessária a adesão medicamentosa, onde taxas de 95% de adesão são requeridas para a efetividade da supressão viral (IACOB, IACOB, JUGULETE, 2017).

Diante do exposto, esse trabalho visou avaliar a adesão aos medicamentos ARV de pacientes em tratamento de HIV/AIDS. Para a fundamentação teórica do tema a autora optou por realizar uma revisão sistemática da literatura acerca dos fatores que influenciam na adesão à medicação. O caminho metodológico percorrido encontra-se descrito no capítulo 4 (Metodologia de pesquisa).

2 JUSTIFICATIVA

A adesão aos ARV é pré-requisito para assegurar o sucesso do tratamento de pacientes com HIV. Entretanto, há uma falta de consenso sobre o conceito de adesão e o melhor método de aferição, e essa dificuldade na análise levou a inúmeras terminologias e métodos ao longo dos anos (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

O caráter primordial das pesquisas relacionadas com a temática se deve a elevada morbidade e mortalidade de causas relacionadas ao HIV.

A adesão insatisfatória à TARV favorece o dano ao sistema imunológico e, conseqüentemente, leva a evolução da doença. As pesquisas sobre a adesão desempenham um papel importante na diminuição da progressão da doença.

A avaliação e promoção da adesão à TARV são, portanto, fatores chaves e prioritários na prática de saúde, que requer identificação de cada um dos pacientes, dos fatores relacionados à adesão e da sua avaliação quantitativa e qualitativa. Para isso, é necessário usar métodos que possam ser incluídos na prática clínica de rotina. A relação entre adesão, satisfação com o TARV e as preferências não são completamente definidos, embora sejam necessariamente variáveis (CERDÁ et al., 2014).

O desenvolvimento de intervenções de sucesso para aumentar a adesão requer um entendimento detalhado dos inúmeros fatores que podem influenciar a adesão ao medicamento.

Os estudos que buscam verificar a adesão aos medicamentos, bem como constatar os fatores influenciadores, são de extrema importância, uma vez que auxiliam na elaboração e implementação de medidas mais eficazes para o tratamento de pacientes com HIV.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão aos medicamentos ARV de pacientes em tratamento de HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Atenção Especializada (SAE) no município de Ponta Grossa, Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as características epidemiológicas, socioeconômicas, demográficas e clínicas de pacientes vivendo com HIV/AIDS em TARV;
- ✓ Descrever o padrão de adesão ao tratamento;
- ✓ Verificar as variáveis associadas a não adesão medicamentosa.
- ✓ Realizar uma revisão sobre a literatura existente sobre a temática

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa utilizou duas metodologias para a sua realização. A primeira trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o tema “adesão aos medicamentos antirretrovirais”.

Seguinte a isso, foi realizado um estudo epidemiológico, transversal e de abordagem quantitativa, que utilizou dados coletados a partir de questionários respondidos por pacientes vivendo com HIV, que procuravam o SAE/CTA para consulta.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO

O Serviço de Atenção Especializada e Centro Testagem e de Aconselhamento (SAE/CTA) presta assistência a todas as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como também realiza ações de prevenção e promoção em saúde, sendo referência para o tratamento do HIV na região dos Campos Gerais, Paraná.

O SAE oferta consultas e fornece medicamentos ARV às pessoas advindas de todos os municípios integrantes da 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. (Figura 1). Oferece atendimento de equipe multidisciplinar composta por: médicos, equipe de enfermagem, serviço social, psicologia, cirurgião dentista, fisioterapia, farmacêuticos entre outras especialidades. É neste serviço que os pacientes realizam o acompanhamento médico e retiram suas medicações antirretrovirais.

Figura 1. Municípios integrantes da 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: SESA- PR

4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seleção dos participantes foi realizada por meio de abordagem direta dos pacientes que compareceram ao SAE/CTA para a realização de acompanhamento médico, uma amostra de conveniência.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2017 a junho de 2018, por uma equipe formada por acadêmicos da graduação e de ensino técnico, os quais passaram por um treinamento sobre os questionários e objetivos da pesquisa. As coletas de dados eram realizadas diariamente no período da manhã.

Pode participar da pesquisa qualquer pessoa que estivesse em tratamento para o HIV/AIDS, independentemente do tempo de tratamento, e que expressasse sua vontade favorável em contribuir com o estudo. A abordagem foi realizada durante a pré-consulta de enfermagem, em que se realizava a aferição de pressão arterial e pesagem do paciente. Nesse momento, ele era consultado sobre seu desejo em participar do trabalho e orientado sobre os objetivos da pesquisa,

assim como da necessidade de responder aos formulários. Após sua concordância, o mesmo assinava o termo de consentimento livre e esclarecido (TLCE). (Apêndice A)

Os critérios de exclusão foram gestantes, pessoas com transtorno mental, menores de idade, não alfabetizados e pessoas que estavam utilizando os ARV após exposição, sem diagnóstico definitivo.

4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis clínicas e socioeconômicas de interesse foram: sexo, idade, orientação sexual, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, renda familiar, número de pessoas morando na mesma residência, categoria de exposição, tempo de diagnóstico de HIV, tempo de TARV, números de comprimidos específicos para tratamento HIV por dia, número de internamentos por complicações do HIV, comorbidades, uso de outros medicamentos, utilização de preservativo durante as relações sexuais, efeitos colaterais, uso de álcool e drogas.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As variáveis socioeconômicas de interesse foram obtidas por meio de instrumento específico elaborado pelos autores (Apêndice B).

Para avaliar a adesão medicamentosa foi utilizada a versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH)” (Anexo A). Trata-se de um instrumento específico para pessoas vivendo com HIV/AIDS validado para a população brasileira (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

O CEAT-VIH tem como objetivo avaliar o grau de adesão às medicações ARV. É um instrumento autoaplicável, com caráter multidimensional, pois abrange os principais fatores que podem modular os comportamentos de adesão. Possui vinte questões que são respondidas de forma objetiva. A mensuração da adesão é dada na forma de escore variando entre 17 e 89 pontos. A adesão é considerada baixa (inadequada), quando a soma dos pontos situa-se entre 0-50. Pontuações variando entre 51-70 indicam adesão insuficiente, e valores entre 71-89 pontos indicam adesão adequada.

Nesse instrumento as perguntas podem variar de 1 até 5 pontos, considerando o 1 a pontuação mais baixa e sempre situado na primeira resposta à esquerda, a pontuação gradativamente aumenta nas resposta à direita.

4.6 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

Foram avaliadas 43 variáveis, sendo 23 variáveis de caracterização, 7 quantitativas e 16 qualitativas, e 20 variáveis referentes à adesão medicamentosa.

Para descrever as variáveis de caracterização qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas e para descrever as variáveis de caracterização quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central, dispersão e posição.

Para analisar os fatores que exerciam influência sobre a Adesão Medicamentosa foi ajustada uma Regressão de Poisson com variância robusta. A distribuição de Poisson é muito utilizada para modelar contagens, porém o modelo de Poisson considera a variância igual à média, sendo que na prática isso geralmente não ocorre, ocasionando o que é conhecido como sub ou superdispersão. Dessa forma, neste trabalho, foi utilizado o método da Quase-Verossimilhança (WEDDERBURN, 1974; MCCULLAGH; NELDER, 1989) para a estimação do modelo, possibilitando assim, a estimação de variâncias robustas a esses fenômenos.

Para a seleção de variáveis foi utilizado o método Stepwise (EFROYMSON, 1960), o qual é definido como uma mescla dos métodos Backward e Forward. Dessa forma, primeiramente, usando o método Forward (EFROYMSON, 1960), foi feita uma análise univariada. As variáveis que apresentassem um valor-p inferior a 0,25 eram selecionadas para a análise multivariada, sendo então aplicado o método Backward (EFROYMSON, 1960). O método Backward é o procedimento de retirar, por vez, a variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restem no modelo somente variáveis significativas. Para o método Backward foi adotado um nível de 5% de significância.

Para verificar a capacidade explicativa do modelo multivariado foi utilizado o Pseudo R^2 (MCFADDEN, 1974).

O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.0).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, que norteia as pesquisas envolvendo seres humanos. Os termos de consentimento livre e esclarecido foram utilizados e explicados aos participantes da pesquisa (Apêndice A).

O projeto de pesquisa passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, obtendo parecer favorável à sua realização sob protocolo nº 79532017.4.0000.0105 (Anexo B).

A pesquisa recebeu permissão para ser desenvolvida no serviço de saúde, conforme solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa (Anexo C).

4.8 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Para a revisão de literatura foi utilizada a metodologia de revisão integrativa de literatura, que consiste em uma forma de revisão de literatura “*que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática*” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora para revisão integrativa foi “De que maneira os fatores socioeconômicos influenciam na adesão medicamentosa de pessoas vivendo com HIV/AIDS?”.

A partir da questão norteadora foram selecionadas as palavras-chave: “HIV” e “Medication adherence” utilizadas nas plataformas de busca científicas Scopus, Web of Science e PubMed. O número de artigos retornados em cada base de dados é apresentado na figura 2.

Figura 2. Esquema de seleção de artigos para a revisão integrativa de literatura



Após leitura completa dos artigos selecionados, seus dados foram descritos na sessão Revisão Integrativa de Literatura da dissertação.

5 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

5.1 ADESÃO MEDICAMENTOSA: CONCEITO E OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Dois termos sinônimos são comumente utilizados: a adesão e a aderência. A adesão refere-se à conduta do paciente em seguir a prescrição que um profissional da área da saúde repassou, em relação à posologia, tempo de tratamento, quantidade de medicamentos, horários a serem seguidos, exercícios físicos e dieta (SHITTU et al., 2013).

Adesão foi definida pela ONU como “a medida correspondente em que o comportamento de uma pessoa condiz com as recomendações de um prestador de cuidados da saúde”, abrange desde seguir recomendações sobre como usar a medicação até mudanças no estilo de vida. Geralmente se espera que ao seguir as recomendações medicamentosas, ocorram benefícios à saúde, prevenção ou controle da doença (NDUAGUBA et al., 2017).

A adesão precisa ser um processo colaborativo, que facilita a aceitação do regime terapêutico. É um processo que busca a adequação aos hábitos e necessidades pessoais, que visa à autonomia e assim a ingestão dos medicamentos. Os estudos sobre adesão permitem conhecer e compreender comportamentos adotados frente à adesão medicamentosa (PASCHOAL et al., 2014).

Para o tratamento do HIV ser considerado “bem sucedido” é necessário uma adesão perfeita ou quase perfeita, sendo que as medicações precisam ser administradas ao menos 95% das doses prescritas. Baixos níveis de adesão estão relacionados à resistência viral, o que pode ocasionar a transmissão a outros, dificultando assim o controle da epidemia (BASTISTA et al., 2014; FARIA et al., 2014; NAGATA; GUTIERREZ, 2015; SULEIMAN; MOMO, 2016; SOUZA; TIBÚRCIO; KOIKE, 2016).

O programa da UNAIDS, chamado Proposta 90-90-90, recomenda que até 2020, 90% das pessoas infectadas pelo HIV, mundialmente falando, saibam seu status positivo; 90% daqueles com status positivo devem estar recebendo TARV e 90% daqueles recebendo TARV devem apresentar supressão viral (CORLESS et al., 2017).

5.2 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA

O método utilizado para quantificar a adesão a TARV precisa deferir a dinâmica natureza desse processo, levando em consideração fatores sociais, pessoais, econômicos, etc. Mesmo assim, devido aos múltiplos métodos de monitoramento e diversas definições desse conceito, não há uma metodologia padrão para avaliar a taxa de adesão (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Na atualidade, há distintos métodos para avaliar a adesão, porém, se desconhece o método ideal de avaliação, o que leva diferentes metodologias serem objetos de inúmeras investigações,

com a finalidade de proporcionar ferramentas úteis. A adesão pode ser aferida por métodos diretos e indiretos. O primeiro seria por meio da mensuração dos níveis séricos dos medicamentos ARV no plasma celular do paciente. É um método caro que mede a adesão recente à medicação. Entretanto, é a única forma de avaliar a quantidade real de medicação administrada (SILVA et al., 2015).

Os métodos de aferição à adesão indiretos são as entrevistas, questionários para autorrelato de adesão, registros da farmácia e contagem de comprimidos. Os métodos relacionados com a contagem de medicações e dispensação da farmácia podem apresentar viés, porque o paciente pode ter forjado a ingestão da medicação para forçar uma adesão melhor (SILVA et al., 2015). Os questionários são métodos sensíveis, econômicos e adaptáveis a distintos âmbitos e são os únicos que podem apontar motivos de adesão insatisfatória (VELASCO et al., 2009).

O autorrelato de adesão medicamentosa é um dos métodos mais utilizados para quantificar a adesão à TARV. É um método simples, embora tenha a desvantagem de superestimar a adesão, se comparado com outros métodos. É comumente utilizado, por ser de fácil aplicação e rápido preenchimento (SENKOMAGO et al., 2011; IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Para a realização deste trabalho optou-se por utilizar o *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral* (CEAT-VIH), pois se trata de um questionário de autorrelato de adesão medicamentosa, específico para a população com HIV/AIDS, e é adaptado para a aplicação na população brasileira (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

5.3 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO

Alguns fatores socioeconômicos são associados com melhores taxas de adesão medicamentosa. A idade, suporte social, estabilidade financeira, conhecimento sobre a doença, ausência de efeitos colaterais e esquema de tratamento ARV são fatores comumente relatados na literatura (SCHÖNNESSON et al., 2006).

Enquanto muitos estudos são focados na adesão às doses, uma satisfatória adesão à TARV também requer instruções, como esclarecimento sobre o tempo de intervalo entre doses e instruções para administrar a medicação com ou sem alimento, dependendo da medicação (adesão às instruções de dieta). Estes dois fatores são essenciais para a adesão à dose e que podem não ficar claras aos pacientes durante a prescrição das medicações (SCHÖNNESSON et al., 2006).

A idade aparece nessa revisão da literatura como um fator ambíguo, ora proporcionando aumento da adesão, ora relacionado como fator insatisfatório. Em comparação aos jovens, as pessoas com idade mais avançada (acima de 50 anos) são duas vezes mais prováveis de alcançar uma adesão satisfatória.

Alguns fatores podem explicar este fato. Por exemplo, a administração da medicação pode requerer menos alteração no estilo de vida de indivíduos mais idosos, pois são mais prováveis de terem passado por experiências prévias de precisar tomar medicações para outras doenças relacionadas à idade, estando, portanto, mais acostumados com essa rotina. As mudanças de estilo de vida podem ser menos onerosas para pessoas de maior idade, ou podem mais facilmente adaptar-se à administração da medicação no seu dia a dia. A idade mais avançada também pode estar associada a um aumento do reconhecimento da mortalidade e, assim, proporcionar maior motivação para seguir as recomendações de saúde (BARCLAY et al., 2007).

Suporte social é um aspecto crítico sobre o viver com uma doença crônica. Estudos sugerem que suporte social pode melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, particularmente naqueles com HIV. Pacientes com uma excelente adesão às medicações possuem melhores atitudes relacionadas à saúde, com uma grande confiança nos provedores de saúde, uso das medicações corretamente, menores escores em medidas de depressão, abertura sobre seu status relacionado ao HIV e possuir ótimo suporte social. Entretanto, não há diferenças estatísticas significativas entre pessoas com uma alta adesão e pessoas com baixa adesão em suporte social e qualidade de vida (NCAMA et al., 2008)

5.4 BARREIRAS PARA ADESAO

As barreiras da adesão à TARV são classificadas em (i) barreiras financeiras, (ii) barreiras socioculturais, (iii) crenças do paciente, atitudes e comportamentos, e (iv) experiência no serviço de assistência à saúde (JOGLEKAR et al., 2011; CORLESS et al., 2017).

A maioria dos pacientes relata ter mais de uma barreira para o tratamento ARV, sendo a principal não ter acesso ao medicamento. O fato pode ser resultante da não procura dos serviços de saúde para a retirada da medicação ou o indivíduo não ter sido hábil em repor o estoque de medicação por conta de uma consulta perdida (JOGLEKAR et al., 2011).

O HIV e seus sintomas também podem influenciar na adesão à TARV. Os sintomas relacionados ao HIV comumente ocorrem com o envelhecimento da pessoa infectada pela doença. Os sintomas mais citados são dor, fadiga, depressão, dificuldade para dormir e problemas de memória. A literatura corrobora com a premissa de que os sintomas do HIV aumentam com a idade e que mulheres frequentemente sofrem mais com os sintomas do que os homens. Assim sendo, as pessoas que vivem com HIV vão ter experiência no aumento do número de sintomas relacionados ao HIV com o aumento da idade, como também irão sentir o aumento da severidade dos sintomas. Subsequentemente, esses sintomas supostamente têm o potencial impacto negativo na adesão à TARV com o envelhecimento do indivíduo (MCCOY et al., 2016).

A adesão terapêutica é um fenômeno complexo que envolve desde o comportamento pessoal a variáveis como as reações emocionais que interferem nas atividades de autocuidado, distorções conceituais sobre aspectos chaves da infecção e seu tratamento (geralmente por incorreta e escassa informação), assim como problemas relacionados à carência de destrezas específicas para seguir as instruções da equipe de saúde ou ainda alguma característica da relação interpessoal entre o cuidador e o paciente (SÁNCHEZ-SOSA et al., 2009).

5.4.1 Barreiras financeiras

Fatores estruturais, elementos que ajudam a construir ou desenvolver as bases econômicas de um lugar, são geralmente relacionados com recursos econômicos limitados e incluem insegurança de alimentação, custos de transportes, tempo de viagem até a clínica e tempo de espera nas clínicas (MOROJELE; KEKWALETSWE; NKOSI, 2014).

A respeito da insegurança de alimentação, que é definida como acesso limitado a nutrientes para alcançar a meta diária necessária para uma vida saudável e ativa. Com a falta de disponibilidade e acesso aos alimentos, a dieta requerida pode ser uma barreira para a adesão daquelas pessoas que não podem pagar o tipo recomendado de alimentação a ser administradas com a medicação. Transportes inadequados e não confiáveis com longas viagens e custo muito alto também podem prejudicar os pacientes para chegarem aos serviços de saúde para receber suas medicações. Além do mais, horas de espera nos serviços de saúde podem impossibilitar as pessoas de buscarem seu tratamento porque, geralmente, utilizam horário de trabalho (STOUT; LEON; NICCOLAI, 2004; MOROJELE; KEKWALETSWE; NKOSI, 2014; WEISER et al., 2014; KALICHMAN; KALICHMAN, 2016).

Safren et al (2005) relatam que pacientes não aderentes ou com adesão irregular apresentam o custo como a razão principal para não tomar as medicações. A segunda razão mais comum alegada foi que não conseguiu retornar ao serviço de saúde a tempo para um refil das medicações, incluindo-se ainda pacientes que reportaram que as medicações não estavam disponíveis em sua cidade.

Insegurança financeira, caracterizada por renda inadequada e limitada, priva PVHIV de recursos que eles poderiam utilizar para pagar os custos relacionados ao tratamento (como transporte para chegar aos locais de assistência) e acessar comida adequada e nutrientes para otimizar os benefícios da TARV (MASA; CHOWA; NYIRENDA, 2017).

Autores relatam que o custo é um preditor de adesão, entretanto, em nenhum estudo foi demonstrada relação estatisticamente significativa entre insegurança econômica e a adesão à TARV (MASA; CHOWA; NYIRENDA, 2017).

A condição de pobreza traz condições que são relacionados com uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso. O abuso de substâncias, insegurança na alimentação, falta de transporte e instabilidade dentro de casa são fatores prevalentes distribuídos em indivíduos que apresentam adesão abaixo de 85% (KALICHMAN; KALICHMAN, 2016).

A insuficiência de comida é uma característica definidora da pobreza e é também um fator contribuinte significativo pra o HIV/AIDS. A insuficiência de alimentos está associada com a baixa adesão ao tratamento, onde participantes que relataram experiências recentes com a fome não aderiram às suas medicações. Os pacientes que vivenciaram a fome foram bem abaixo do nível mínimo de adesão à medicação necessária para manter a supressão viral (KALICHMAN et al., 2011).

Pessoas que convivem com o HIV e experimentam a insegurança alimentar estão em considerável risco de baixa adesão aos medicamentos ARV. A insegurança alimentar pode impactar indiretamente na adesão à TARV por interferir na capacidade e motivação de tomar seus medicamentos (KALICHMAN; KALICHMAN, 2016).

Transporte é outro recurso essencial que a pobreza limita e que pode ter um impacto na adesão. Falta de transporte segrega algumas regiões, o que pode levar a perder consultas médicas, não obtendo assim a prescrição para as medicações e impossibilitando o acesso a elas (KALICHMAN; KALICHMAN, 2016).

Há ainda a prática em alguns lugares, como em Cali na Colômbia, do comércio das medicações. Condições como pobreza, desemprego, violência contra mulher, ineficiência do sistema educacional e dificuldade de satisfazer as necessidades econômicas básicas como alimentação, vestuário, moradia, e acesso a serviços públicos, são as principais razões para que mulheres revendam seus medicamentos ARV que receberam em centros de assistência à saúde (ARRIVILLAGA et al., 2011).

5.4.2 Barreiras socioculturais

Pessoas em regiões rurais e cidades pequenas reportam dificuldades em acessar serviços de saúde apropriados. Uma potencial dificuldade existente em regiões rurais é a redução da vigilância sobre a doença, menos acessibilidade a serviços assistenciais de saúde, dificuldade de mobilidade e status socioeconômico (MOHAMMED et al., 2004).

Quando a adesão é comparada por gênero, mulheres possuem uma pequena porcentagem média inferior aos homens, e indivíduos transgêneros possuem a adesão mais baixa dos três. Quando a comparação de adesão é feita por preferência sexual, bissexuais possuem os escores médios mais altos de adesão, seguidos por heterossexuais e homossexuais, respectivamente (HOLSTAD et al., 2006).

Homens, principalmente na idade entre 18 e 28 anos, apresentam adesão mais baixa do que as mulheres. Homens solteiros, com baixa escolaridade e que consomem regularmente álcool são os que apresentam as menores adesões, sendo que o mesmo perfil se nota nas mulheres (BHAT et al., 2010).

Considerando os parceiros das pessoas com HIV, a não adesão à TARV é três vezes maior em indivíduos que não possuem parceiros infectados pelo HIV. Pessoas que possuem comportamentos de risco, como histórico de pagar por relações sexuais, possuem maiores níveis de não adesão (MUKUI et al., 2016).

A porcentagem de pacientes jovens classificados como não aderentes foi duas vezes mais alta do que pacientes mais velhos. As variáveis demográficas e psicossociais associadas com a não adesão de jovens é o abuso de substâncias e falta de recursos para independência financeira (BARCLAY et al., 2007).

Em relação à escolaridade, os indivíduos que possuem menos que oito anos de estudos, equivalente ao ensino fundamental incompleto, também têm 2,2 vezes mais chances de ter uma adesão insatisfatória aos ARV. Porém, há o aumento das taxas de adesão com o aumento do nível de escolaridade das pessoas (PINHEIRO et al., 2002; SILVA et al., 2015).

Vários fatores sociais têm sido relacionados com a insatisfatória adesão à TARV de jovens infectados com HIV, incluindo exposição a comunidades violentas e falta de suporte social. Há também evidências de que o estigma associado às pessoas que vivem com HIV contribui para uma baixa adesão, reduzindo a capacidade para o autocuidado e criando preocupação sobre a descoberta do diagnóstico por outras pessoas. Saúde mental, incluindo depressão e ansiedade, além do abuso de substâncias também tem sido observada em consistente associação com a baixa adesão dos jovens, visto que ter uma perspectiva sobre ser HIV positivo está associado com maior probabilidade de estar em uso de TARV (VOISIN et al., 2017).

5.4.3 Crenças do paciente, atitudes e comportamentos

A baixa adesão é especialmente comum quando o paciente tem pouco conhecimento, entendimento e percepção sobre a doença ou sobre o complexo tratamento medicamentoso prescrito. A não adesão é associada também ao incorreto conhecimento sobre os efeitos colaterais, incorreto conhecimento sobre a falha no tratamento, ao não conhecimento sobre percepção da efetividade do tratamento, a incorreta percepção de que tomar as medicações é um castigo em sua vida, a falta de explicações sobre as medicações e a relação insatisfatória entre o paciente e a equipe multiprofissional (JOHNSON et al., 2006; WANG; WU, 2007; SHITTU et al., 2013).

Altos níveis de uso de álcool e maconha são preditivos de uma insatisfatória adesão. Pacientes com maiores níveis de adesão medicamentosa são menos prováveis de reportar uso diário

ou semanal de álcool e maconha. Tais achados podem sugerir que drogas são comumente utilizadas como estratégia para lidar com o diagnóstico de HIV e podem impedir o engajamento no tratamento (VOISIN et al., 2017).

Além do consumo de álcool e drogas, a alta dependência de nicotina também é correlacionada com a adesão. O mecanismo de interferência da nicotina na adesão não é claro, mas parece ser possível notar um generalizado descontentamento com a condição de saúde do paciente, onde este adota comportamentos de risco (KING et al., 2012).

O consumo de álcool é independentemente associado com adesão à TARV. Autores descrevem que a não adesão pode ocorrer pelo esquecimento da dose durante o período de embriaguez, ou ainda, o paciente pode deliberadamente abster-se de tomar a medicação para poder fazer o uso da bebida alcoólica e assim antecipadamente evitar a interação negativa álcool/medicação existente (MOROJELE; KEKWALETSWE; NKOSI, 2014).

A literatura mostra que a depressão como comorbidade em pessoas com HIV/AIDS pode ser associada com redução de adesão à TARV e progressão da doença (SHITTU et al., 2013).

Junto com as causas multifatoriais de não adesão à TARV, tem sido observado que abuso de substâncias e sintomas depressivos têm impacto. Desordem de abuso de substâncias e sintomas depressivos são as mais comuns doenças psiquiátricas em pacientes com HIV. Isso afeta as PVHIV de modo significativo e com mais frequência do que a população em geral, sendo três vezes mais provável de ocorrer em indivíduos infectados com o HIV do que na população em geral. Além do mais, eventos estressores traumáticos têm efeito negativo em importantes componentes do complexo sistema imunológico, como nas células T CD4 (TUFANO et al., 2015; MCCOY et al., 2016).

Há ainda fatores que competem a terceiros que influenciam na adesão à TARV, como é o caso das crianças, em que a dose é administrada pelo seu cuidador. Muitas vezes a falha no tratamento é relacionada a questões do cuidador e não das dificuldades de administração na criança (ERNESTO et al., 2012).

5.4.4 Experiência no serviço de assistência à saúde

A variável tempo entre o diagnóstico de HIV positivo e o diagnóstico de AIDS também é associada à não adesão. Os pacientes que apresentam um tempo inferior a seis meses entre os dois diagnósticos apresentam quase quatro vezes mais chance de não adesão medicamentosa (SILVA et al., 2015).

As características do tratamento com os ARV fazem a adesão particularmente difícil. Essa terapia requer múltiplas drogas, sendo que algumas devem ser acompanhadas de alimentação, enquanto outras devem ser administradas nos intervalos entre as refeições. Essas medicações são

frequentemente utilizadas em conjunto com outras para tratamento de diferentes patologias. Muitas das medicações ARV têm desconfortáveis efeitos colaterais, como diarreia, náusea, êmese e neuropatias periféricas. Outras características do tratamento do HIV também contribuem para uma difícil adesão. Sendo um tratamento de longa duração, dados a pacientes que são frequentemente assintomáticos, a recompensa pelo tratamento é apenas um adiamento da progressão da doença (FOGARTY et al., 2002).

Adesão aos medicamentos é significativa e negativamente correlacionada com anos de infecção do HIV e anos de TARV, indicando que pessoas com mais anos de doença ou mais anos tomando TARV apresentam menos adesão às medicações. A influência negativa entre o número de anos de doença nos níveis de adesão sugere que aquele que viveu por mais tempo com a doença, aprendeu como se adaptar e manipular seu regime medicamentoso para manter a sua saúde (HOLSTAD et al., 2006).

5.5 NECESSIDADE DA ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS

A TARV é essencial na prevenção e tratamento do HIV e o fator mais importante no alcance de cargas virais indetectáveis em pessoas vivendo com HIV. Além do mais, na supressão viral, a adesão à TARV é também relacionada à redução das hospitalizações, mortalidade, diminuição do tempo de progressão da doença e melhora da qualidade de vida, o que traz importantes implicações em saúde pública (STOUT, LEON; NICCOLAI, 2004; VOISIN et al., 2017).

Adesão à TARV e subsequente supressão viral diminuem a probabilidade de que pessoas infectadas pelo HIV transmitam o vírus para outras pessoas. Baixa adesão à TARV tem sido associada ao aumento de resistência viral às drogas (VOISIN et al., 2017).

Alto nível de adesão aos ARV é necessário para assegurar os benefícios da supressão viral, aumentando a quantidade de linfócito CD4 nos organismos e reconstituindo o sistema imunológico (MUKUI et al., 2016).

Uma inadequada adesão além de contribuir para a resistência viral também contribui para a piora do estado de saúde geral do paciente, assim como também ao aparecimento de doenças oportunistas. Algumas doenças oportunistas prejudicam e/ou interferem no tratamento do HIV, através de efeitos colaterais aumentados, interações medicamentosas ou intervenções no esquema terapêutico, como é o caso da tuberculose (FELIX; CEOLIM, 2012).

Entretanto, evidências indicam que baixa adesão a terapia antirretroviral é um importante problema para reduzir a efetividade da supressão viral, promovendo resistência viral, e colocando paciente em risco de hospitalização e infecções oportunistas (HOLSTAD et al., 2006)

A falta de adesão aos medicamentos favorece o dano ao sistema imunológico, que se reflete em baixos níveis de Linfócitos TCD4+ e alta carga viral, que tem como consequência o avanço para a AIDS (SILVA et al., 2015). Entretanto, apesar da diminuição do risco de transmissão e da mortalidade, subsequentes estudos mostram que nem com o aumento da efetividade dos ARV a adesão medicamentosa é substituível (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

5.6 A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA ADESÃO MEDICAMENTOSA

Apesar de a temática abordar predominantemente a adesão medicamentosa, é possível destacar alguns trabalhos que utilizaram uma abordagem interdisciplinar em relação ao tratamento. Em especial, o trabalho de Varela-Arévalo e Hoyos-Hernández (2015) que apresentam perspectiva complementar sobre o tratamento do HIV. Além de avaliar a adesão medicamentosa, a pesquisa destaca a necessidade de haver uma adesão à dietoterapia e aos exercícios físicos, tendo em vista que estes complementam a efetividade do tratamento medicamentoso.

Há ainda a interdisciplinaridade presente na metodologia de verificação da adesão, em que a combinação de dois métodos é considerada uma forma mais confiável de obter os resultados, preferencialmente um questionário de autorrelato de adesão em conjunto com a contagem do medicamento ou da dispensação da farmácia.

Como é possível observar a partir desta revisão integrativa, a adesão depende de diversos fatores inerentes às pessoas. Uma forma de abordagem interdisciplinar ao tratamento proporciona melhores chances de adesão à medicação, pois garante que a maioria dos determinantes relacionados à adesão estejam de algum modo elucidados, tornando menos onerosos ao processo de adesão.

6 RESULTADOS

O total de participantes que atenderam aos critérios de inclusão do estudo foram 387, sendo que destes, 78 questionários foram inutilizados por não apresentarem as informações completas, caracterizando uma perda de 20% da amostra da população coletada.

A tabela 1 traz a análise descritiva das variáveis quantitativas. A idade média dos indivíduos participantes foi de 43 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima foi de 72 anos. Observa-se que 57,19% dos indivíduos eram homens. A renda familiar média foi de 2,2 salários mínimos.

Verifica-se que o tempo médio de diagnóstico foi de 8,6 anos, o tempo médio de TARV foi 7,3 anos e o tempo médio sem tomar medicação foi 104,0 dias.

A tabela 1 apresenta ainda os “escores” de adesão medicamentosa. Pode ser verificada uma pontuação média de 76,2, o que é classificado como “Adesão adequada” com um desvio padrão de 8,6, sendo que a pontuação mínima foi 33 (Baixa adesão) e a máxima foi 89 (Adesão adequada).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis socioeconômicas de diagnóstico e adesão das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

Variáveis	n	Média	D.P.	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Idade	302	43,81	11,87	18,00	35,00	44,00	53,00	72,00
Renda familiar (em salários-mínimos)	265	2,22	2,43	0,00	1,00	1,50	2,80	30,00
Quantas pessoas moram na casa	295	2,79	1,35	0,00	2,00	3,00	3,50	7,00
Tempo de diagnóstico (em anos)	293	8,57	6,70	0,10	3,00	7,00	14,00	32,00
Tempo de TARV (em anos)	245	7,31	6,05	0,00	2,00	6,00	12,00	28,00
Internação hospitalar	256	0,53	2,21	0,00	0,00	0,00	0,00	28,00
Tempo sem tomar medicação (em dias)	163	104,01	473,51	1,00	1,00	2,00	7,00	4380,00
Pontuação de adesão	309	76,19	8,57	33,00	72,00	78,00	82,00	89,00

Fonte: Autores

A Tabela 2 e 3 mostram a análise descritiva das variáveis qualitativas. Verifica-se que 45,7% dos indivíduos relataram possuir até o ensino fundamental completo. Observa-se que 47,0% encontravam-se empregados.

Observa-se que 39,5% dos participantes eram solteiros e que 79,3% declararam ser heterossexuais. O modo de transmissão mais comum foi o sexual (88,2%).

Quando questionados sobre quais pessoas do seu convívio social sabiam sobre seu diagnóstico, observa-se que 52,7% dos indivíduos contaram sobre o diagnóstico HIV positivo para alguém. Entretanto, 59,9% dos pais não sabiam do diagnóstico dos filhos, 52,4% dos parceiros dos participantes não sabiam do diagnóstico, 65,0% dos filhos dos pacientes não sabiam do diagnóstico dos seus pais e 73,1% dos pacientes não compartilharam o diagnóstico com os amigos.

A Tabela 2 e 3 apresentam ainda, as multimorbidades mais comuns na população participante. Verificou-se que 22,0% apresentavam alguma outra doença, sendo que as mais citadas foram hipertensão (6,1% dos indivíduos), diabetes (5,8% dos participantes) e depressão (4,5%).

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

(Continua)			
Variável	Item	N	Frequência
Sexo	Feminino	131	42,81%
	Masculino	175	57,19%
Escolaridade	Fundamental incompleto	96	32,99%
	Fundamental	37	12,71%
	Médio incompleto	27	9,28%
	Médio	91	31,27%
	Ensino superior incompleto	12	4,12%
	Ensino superior	23	7,90%
	Pós-graduação	5	1,72%
Estado civil	Solteiro	121	39,54%
	Casado	100	32,68%
	Viúvo	30	9,80%
	Divorciado	35	11,44%
	Outros	20	6,54%
Residência	Ponta Grossa	37	13,45%
	Outros	238	86,55%
Situação ocupacional	Empregado	143	47,04%
	Desempregado	85	27,96%
	Pensionista	20	6,58%
	Aposentado	46	15,13%
	Outros	10	3,29%
Orientação sexual	Heterossexual	207	79,31%
	Homossexual	46	17,62%
	Bissexual	5	1,92%
	Outros	3	1,15%

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

(Conclusão)

Variável	Item	N	Frequência
Pessoas que sabem sobre o diagnóstico	Pais	124	40,13%
	Parceiro	162	52,43%
	Filhos	108	34,95%
	Amigos	83	26,86%
	Outras pessoas	163	52,75%
	Ninguém	1	0,32%
Transmissão	Sexual	247	88,21%
	Transfusão sanguínea	14	5,00%
	Drogas injetáveis	4	1,43%
	Acidente perfuro cortante	7	2,50%
	Outros	8	2,86%

Fonte: Autores

Verifica-se também que 25,9% das PVHIV relataram fazer uso de outras medicações, além das referentes à TARV, porém não souberam informar o nome do medicamento utilizado.

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

(Continua)

Variável	Item	N	Frequência
Comprimidos por dia	0	2	0,68%
	1	82	27,89%
	2	46	15,65%
	3	92	31,29%
	Mais de 3	72	24,49%
Ajuda para tomar a medicação	Não	271	90,64%
	Sim	28	9,36%
Efeitos colaterais	Náusea	27	8,74%
	Tontura	18	5,83%
	Sonolência	16	5,18%
	Dor de cabeça	12	3,88%
	Diarreia	12	3,88%
	Mal-estar	7	2,27%
	Dor no estômago	8	2,59%
	Insônia	5	1,62%
	Azia	5	1,62%
	Outros	32	10,36%
Multimorbidades	Hipertensão	33	10,68%
	Diabetes	18	5,83%
	Depressão	8	2,59%
	Outras	68	22,01%
Outros medicamentos	Antihipertensivos	21	6,79%
	Antidepressivo	21	6,79%
	Outros	80	25,89%
Uso de preservativo	Não	44	15,60%
	Sim	237	84,04%
	Às vezes	1	0,35%
Álcool ou drogas	Não	244	79,74%
	Sim	62	20,26%

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

(Conclusão)

Variável	Item	N	Frequência
Medicações TARV em uso	Lamivudina	51	16,50%
	Efavirenz	33	10,68%
	Tenofovir	34	11,00%
	Zidovudina	21	6,80%
	Ritonavir	25	8,09%
	Dolutegravir	14	4,53%
	Atazanavir	11	3,56%
	Outros	17	5,50%

Fonte: Autores

A tabela 4 e figura 3 apresentam os resultados referentes aos questionários de adesão aos ARV. Destaca-se que a maioria das questões obteve média superior a quatro, correspondendo à maior satisfação e adesão ao tratamento.

A Questões 3 (Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?) e 4 (Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?) apresentaram as maiores médias (4,72), indicando frequência elevada. O que pode ser interpretado por meio desse resultado é que o sentimento de tristeza ou a sensação de piora não acarretaram em baixa adesão ao tratamento.

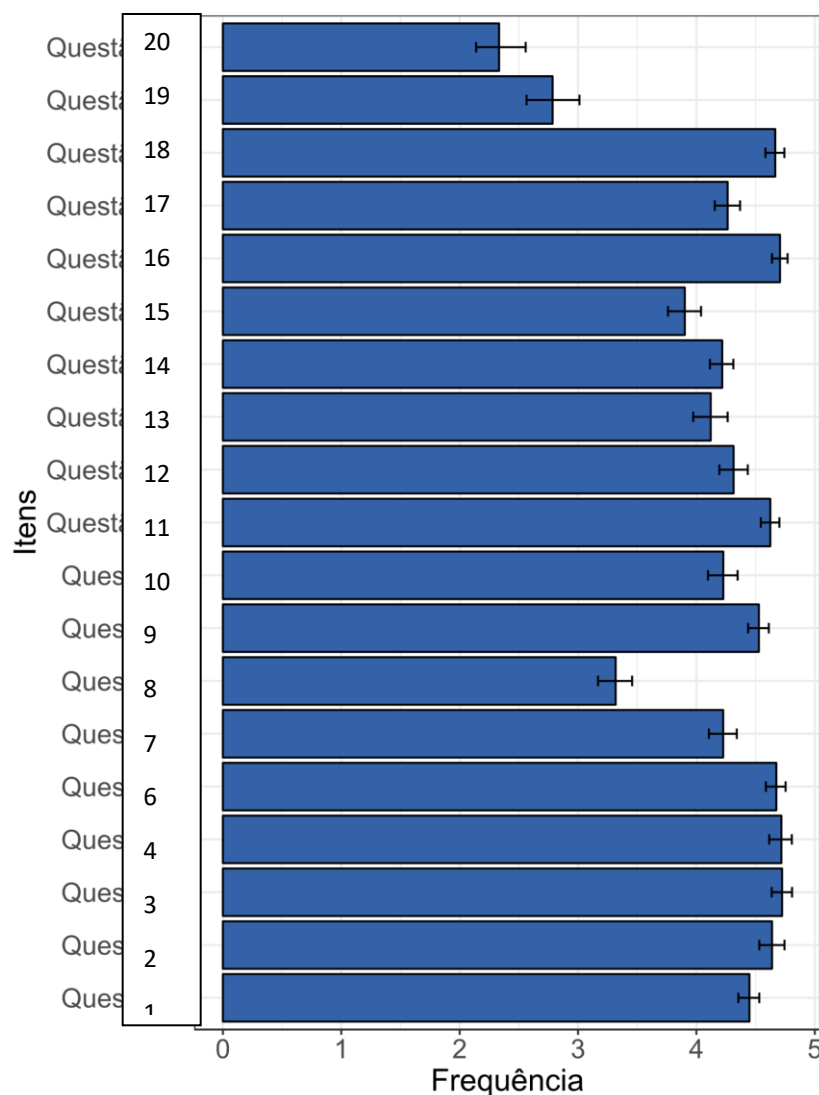
Tabela 4. Análise descritiva das questões presentes no CEAT-VIH respondido por pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

Itens	Média	D.P.	I.C. - 95%
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	4,45	0,80	[4,36, 4,54]
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	4,64	0,93	[4,53, 4,73]
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	4,72	0,82	[4,63, 4,81]
4. Se alguma vez sentiu-se triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?	4,72	0,84	[4,62, 4,81]
6. Como é a relação que mantém com o seu médico?	4,68	0,76	[4,59, 4,75]
7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?	4,23	1,09	[4,10, 4,36]
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	3,32	1,28	[3,17, 3,46]
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?	4,53	0,81	[4,44, 4,62]
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	4,23	1,09	[4,10, 4,34]
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	4,62	0,71	[4,54, 4,70]
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?	4,31	1,05	[4,19, 4,43]
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir o tratamento?	4,12	1,32	[3,96, 4,27]
14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?	4,22	0,89	[4,12, 4,31]
15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?	3,90	1,25	[3,76, 4,04]
16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?	4,71	0,60	[4,64, 4,77]
17. Que avaliação tem de si mesmo com a relação a toma dos remédios para o HIV?	4,26	0,99	[4,15, 4,37]
18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?	4,67	0,76	[4,58, 4,75]
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?	2,79	1,99	[2,57, 3,00]
20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?	2,33	1,86	[2,13, 2,53]

Fonte: Autores

O pouco conhecimento e informação sobre as medicações que fazem parte da TARV ficou evidente na Questão 8 (Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?) que apresentou a menor média (3,32) em todo o questionário CEAT-HV.

Gráfico 1. Intervalo de confiança médio das questões presentes no CEAT-VIH respondido por pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.



Fonte: Autores

A fim de avaliar os fatores que influenciaram na Adesão Medicamentosa foram ajustados modelos de Regressão de Poisson com variância robusta. Por meio da análise univariada foram selecionados os potenciais preditores para a variável resposta, considerando um nível de significância igual a 25%.

As variáveis selecionadas para o modelo multivariado considerando o valor-p ser menor que 0,25 foram: quantas pessoas moram na casa, tempo de diagnóstico, tempo sem tomar medicação (anos), sexo, residência, situação ocupacional, orientação sexual, pessoas que sabem do diagnóstico, efeito colateral, uso de preservativos, álcool ou drogas e medicações TARV em uso.

A Tabela 5 apresenta a análise univariada para variáveis quantitativas e qualitativas ordinais. Sendo assim, houve influência significativa ($p < 0,001$) da variável Tempo sem tomar

medicação, sendo que a cada ano (365 dias) que é acrescido ao Tempo sem tomar medicação, a Adesão Medicamentosa diminui, em média, 4% [2%; 5%].

Tabela 5. Análise univariada para variáveis socioeconômicas de diagnóstico e adesão das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa- 2018.

Variáveis	Exp(β)	I.C. - 95%	Valor-p
Idade	1,00	[1,00; 1,00]	0,501
Renda familiar	1,00	[0,99; 1,01]	0,987
Quantas pessoas moram na casa	0,99	[0,98; 1,00]	0,068
Tempo de diagnóstico	1,00	[1,00; 1,00]	0,182
Tempo de TARV	1,00	[1,00; 1,00]	0,977
Internação hospitalar	1,00	[0,99; 1,00]	0,496
Tempo sem tomar medicação (anos)	0,96	[0,95; 0,98]	< 0,001
Escolaridade	1,00	[1,00; 1,01]	0,282
Comprimidos por dia	1,00	[0,98; 1,01]	0,772

Fonte: Autores

Os indivíduos poderiam responder a mais de uma categoria para as variáveis pessoas que sabem do diagnóstico, efeito colateral, outras doenças e medicamentos. Dessa forma, para os modelos de Regressão, foram utilizadas as três categorias mais frequentes de cada uma das variáveis e as mesmas foram adicionadas de forma dicotômica (ausência/presença).

A Tabela 6 apresenta a análise univariada para variáveis categóricas. A situação ocupacional foi um fator que apresentou diferença significativa ($p=0,003$) na Adesão Medicamentosa, sendo que os indivíduos empregados apresentaram adesão média 5% maior que os indivíduos desempregados.

A presença de efeitos colaterais apresentou diferenças significativas ($p<0,001$ e $p=0,009$) respectivamente para náusea e tontura, na Adesão Medicamentosa, sendo que os indivíduos com náusea apresentaram adesão média 9% [95% IC 5% - 13%] menor que os indivíduos sem náusea, e indivíduos com tontura apresentaram adesão média 7% [2%; 12%] menor que os indivíduos sem tontura.

Tabela 6. Análise univariada para variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa - 2018.

(Continua)

Variáveis	Itens	Exp(β)	I.C.-95%	Valor-p
Sexo	Feminino	1,00	-	-
	Masculino	1,02	[0,99; 1,04]	0,192
Estado civil	Solteiro	1,00	-	-
	Casado	0,99	[0,96; 1,02]	0,560
	Outros	1,00	[0,97; 1,04]	0,846
Residência	Outros	1,00	-	-
	Ponta Grossa	0,97	[0,93; 1,01]	0,107
Situação ocupacional	Desempregado	1,00	-	-
	Empregado	1,05	[1,02; 1,08]	0,003
	Outros	1,05	[1,02; 1,09]	0,003
Orientação sexual	Heterossexual	1,00	-	-
	Homossexual	1,03	[0,99; 1,07]	0,148
	Outros	1,04	[0,96; 1,13]	0,293
Pessoas que sabem do diagnóstico	Pais = não	1,00	-	-
	Pais = sim	0,99	[0,98; 1,00]	0,064
	Parceiro = não	1,00	-	-
	Parceiro = sim	0,99	[0,97; 1,02]	0,508
	Filhos = não	1,00	-	-
	Filhos = sim	0,99	[0,97; 1,02]	0,630
Transmissão	Outros	1,00	-	-
	Sexual	1,00	[0,96; 1,04]	0,998
Ajuda para tomar a medicação	Não	1,00	-	-
	Sim	1,01	[0,96; 1,05]	0,819
Efeito colateral	Náusea = não	1,00	-	-
	Náusea = sim	0,91	[0,87; 0,95]	< 0,001
	Tontura = não	1,00	-	-
	Tontura = sim	0,93	[0,88; 0,98]	0,009
	Sonolência = não	1,00	-	-
	Sonolência = sim	0,99	[0,94; 1,05]	0,787

Tabela 6. Análise univariada para variáveis socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa - 2018.

(Conclusão)

Variáveis	Itens	Exp(β)	I.C.-95%	Valor-p
Outras doenças	Hipertensão = não	1,00	-	-
	Hipertensão = sim	0,99	[0,94; 1,04]	0,588
	Diabetes = não	1,00	-	-
	Diabetes = sim	1,01	[0,96; 1,07]	0,640
	Pressão = não	1,00	-	-
	Pressão = sim	1,03	[0,97; 1,09]	0,334
Uso de preservativos	Não/ Às vezes	1,00	-	-
	Sim	1,02	[0,99; 1,06]	0,249
Álcool ou drogas	Não	1,00	-	-
	Sim	0,98	[0,95; 1,01]	0,144
Medicações TARV em uso	Lamivudina = não	1,00	-	-
	Lamivudina = sim	1,00	[0,97; 1,04]	0,897
	Efavirenz = não	1,00	-	-
	Efavirenz = sim	1,00	[0,96; 1,04]	0,825
	Tenofovir = não	1,00	-	-
	Tenofovir = sim	1,04	[1,00; 1,08]	0,047

Fonte: Autores

A partir das variáveis selecionadas na análise univariada, foi ajustado um modelo multivariado de Regressão de Quasipoisson e neste modelo foi aplicado o método Backward para a seleção final das variáveis, considerando-se um nível de significância de 5%. Sendo assim, as variáveis tempo sem tomar medicação (anos), residência, orientação sexual e pessoas que tiveram náusea como efeito colateral, permaneceram no modelo final como mostra a Tabela 7.

Observa-se influência significativa ($p < 0,001$) e negativa do Tempo sem tomar medicação sobre a Adesão Medicamentosa, sendo que a cada um ano (365 dias) que é acrescida ao tempo sem tomar medicação, a adesão aos medicamentos diminui, em média, 3% [2%; 4%].

Outras variáveis que apresentaram significância sobre a Adesão medicamentosa foi o local de residência ($p = 0,026$), sexo ($p = 0,013$) e efeitos colaterais ($p = 0,027$).

Indivíduos que residem em Ponta Grossa apresentaram adesão média 6% menor que os indivíduos que residem em outras cidades. Os participantes homossexuais apresentaram adesão medicamentosa média 6% maior que os indivíduos heterossexuais. Os indivíduos que relataram náuseas apresentaram adesão média 7% menor que os indivíduos que não tiveram náuseas.

Tabela 7. Modelo multivariado das variáveis socioeconômicas que exercem influência sobre a adesão medicamentosa das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral no Serviço de Atenção Especializada, Ponta Grossa-2018.

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	Exp(β)	I.C. - 95%	Valor-p	Exp(β)	I.C. - 95%	Valor-p
Quantas pessoas moram na casa	1,00	[0,98; 1,01]	0,690			
Tempo de diagnóstico	1,00	[0,99; 1,00]	0,392			
Tempo sem tomar medicação (anos)	0,98	[0,96; 1,00]	0,046	0,97	[0,96; 0,98]	< 0,001
Sexo = Feminino	1,00	-	-			
Sexo = Masculino	0,98	[0,93; 1,04]	0,495			
Residência = Outros	1,00	-	-			
Residência = Ponta Grossa	0,94	[0,89; 1,00]	0,074	0,94	[0,89; 0,99]	0,026
Situação ocupacional = Desempregado	1,00	-	-			
Situação ocupacional = Empregado	1,00	[0,95; 1,06]	0,991			
Situação ocupacional = Outros	0,98	[0,92; 1,05]	0,640			
Orientação sexual = Heterossexual	1,00	-	-	1,00	-	-
Orientação sexual = Homossexual	1,08	[1,01; 1,15]	0,021	1,06	[1,01; 1,12]	0,013
Orientação sexual = Outros	1,02	[0,89; 1,16]	0,793	1,02	[0,9; 1,15]	0,759
Pessoas que contaram o diagnóstico para os pais = Não	1,00	-	-			
Pessoas que contaram o diagnóstico para os pais = Sim	0,98	[0,93; 1,02]	0,285			
Náusea = Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Náusea = Sim	0,95	[0,87; 1,03]	0,223	0,93	[0,88; 0,99]	0,027
Tontura = Não	1,00	-	-			
Tontura = Sim	1,02	[0,92; 1,12]	0,757			
Uso de preservativos = Não	1,00	-	-			
Uso de preservativos = Sim	1,01	[0,96; 1,07]	0,656			
Álcool ou drogas = Não	1,00	-	-			
Álcool ou drogas = Sim	0,98	[0,92; 1,03]	0,399			
Pseudo R ² (McFadden)		21,11%			26,94%	

Fonte: Autores

As variáveis tempo sem tomar medicação, residência, orientação sexual e efeito colateral, foram capazes de explicar 26,94% da adesão aos medicamentos ARV de pacientes que realizam tratamento para o HIV/AIDS no SAE/CTA da cidade de Ponta Grossa, Paraná.

7 DISCUSSÃO

A caracterização da população encontrada no estudo de maioria do sexo masculino (57,19%), idade média de 43 anos e solteiros (39,54%) foi semelhante a população encontrada por outros autores em diferentes partes do país. Em um estudo conduzido no estado de São Paulo, os pacientes eram 56% masculinos e possuíam média de idade de 45 anos (MIYADA et al., 2017). Em Manaus, a população era em sua maioria masculina (57%), e a faixa etária dominante foi de 40 a 59 anos (34%) (MENEZES et al., 2018).

Um estudo conduzido na cidade de João Pessoa também obteve resultados parecidos, 60% dos pacientes eram do sexo masculino, e a idade média foi de 43 anos (SILVA et al., 2014). Estes resultados demonstram que independente da extensa área territorial que o Brasil ocupa, das diferentes características culturais e sociais das regiões do Brasil, ainda é encontrado certo padrão nos resultados de lugares tão distintos.

No presente estudo, os pacientes apresentavam renda familiar de 2,2 salários mínimos, em média. A maioria (86,3%) possui escolaridade até o ensino médio, estava empregada (47,0%), se declarou estado civil solteiro e orientação heterossexual. O modo de transmissão mais comum foi a sexual (88,2%). De acordo com Bhat e colaboradores (2010) homens empregados apresentam uma melhor adesão do que os que não possuem uma profissão, a razão para este comportamento pode ser porque pessoas empregadas possuem mais motivação com um senso geral de esperança e perspectiva positiva com a vida

Na presente pesquisa, as PVHIV relataram apenas doenças consideradas condições crônicas de saúde, corroborando com a premissa de que o sucesso da TARV levou a redução das doenças oportunistas relacionadas ao HIV, o aumento da apresentação de doenças crônicas, não relacionadas ao HIV, que são tipicamente relacionadas com a idade, como as doenças cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, câncer, doenças hepáticas e renais, etc. O envelhecimento é acelerado em pacientes infectados pelo HIV em comparação aos não infectados pacientes, com 50 anos ou mais são considerados idosos. Vários fatores têm sido associados a essa diferença 42 envelhecimento, incluindo infecção pelo HIV em si, efeitos colaterais da terapia antirretroviral, e acelerado envelhecimento do sistema imunológico (PINHEIRO et al., 2016).

Em todo o mundo, a epidemia de HIV tem se concentrado na população mais pobre, que apresenta maior vulnerabilidade pelo contexto social, como violência estrutural, exclusão social, e falta de acesso a apropriado a serviços de assistência à saúde. Em particular, mulheres em extrema condição de pobreza enfrentam dificuldades adicionais após ser diagnosticadas com HIV, incluindo qualidade de cuidado precário e atrasos na atenção médica (ARRIVILLAGA et al., 2011). A

presente realidade é vista na região dos Campos Gerais do Paraná, onde a renda média mensal das PVHIV é de 2,2 salários mínimos, caracterizando uma população com menor poder econômico.

A determinação social do HIV/AIDS explica o caminho que os aspectos socioestruturais influenciam a disseminação da epidemia afetando principalmente os setores mais pobres da população e grupos vulneráveis como as mulheres (ARRIVILLAGA et al., 2011).

A presente pesquisa demonstra a prevalência de escolaridade baixa, ensino fundamental completo e incompleto, de PVHIV. O aumento da proporção de casos de AIDS em pessoas com menor escolaridade tem sido denominado pauperização, considerando-se nesse contexto a escolaridade como marcador da situação socioeconômica. A baixa escolaridade pode implicar em prejuízos à adesão, interferindo inclusive na compreensão terapêutica, devido as dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente. As dimensões socioeconômicas são primordiais para a manutenção da adesão ao tratamento para a mulher com HIV/AIDS, pois as medicações exigem alimentação de boa qualidade, ir às consultas de rotina demanda tempo, bem como recursos financeiros para transporte e medicações extras (KING et al, 2012).

Devido a vulnerabilidade de grupos desvantajosos socioeconomicamente diante a epidemia do HIV, o impacto do status socioeconômico no acesso, adesão e resultados do serviço de tratamento antirretroviral sobre as PVHIV deve ser cuidadosamente elucidado (TRAN et al., 2016).

Sendo assim, o desafio aos desenvolvedores de políticas públicas de saúde é entender como todos esses fatores influenciam na adesão do paciente, a fim de estabelecer ações efetivas, ajustadas às características da população (BETANCUR et al., 2017).

Adesão é um processo multifatorial complexo e dinâmico que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Diante disso, existem diversos desafios enfrentado por PVHIV associados com a dificuldade em manter níveis altos e prolongados de adesão aos medicamentos. Na literatura é apontado alguns fatores relacionados com a baixa adesão, como depressão, ansiedade, falta de suporte social, complexidade do regime terapêutico, baixa escolaridade, efeitos colaterais, entre outros (BETANCUR et al., 2017).

Quando os participantes da pesquisa foram questionados sobre quais pessoas de seu convívio social sabiam sobre seu diagnóstico de HIV positivo 47,3% dos pacientes responderam que não tinham compartilhado seu diagnóstico com ninguém, e que 73,1% dos pacientes não compartilharam com seus amigos sobre o diagnóstico. Esse resultado abre a discussão sobre a não existência de suporte social às pessoas vivendo com HIV.

Suporte social é um fator psicossocial conhecido por apresentar um impacto na adesão ao antirretroviral. O apoio social pode aumentar a adesão por meio do encorajamento, reafirmação, reforço, sugestão sistemática, reforço da competência, ou mascarando os efeitos do estresse, ansiedade e depressão. Suporte social pode agir como fator protetor, aumentando a resposta viral e diminuindo a progressão da doença (IDINDILI et al., 2012; ATTONITO et al., 2014).

A população estudada relatou que o uso das medicações acarretava alguns efeitos adversos como náusea e tontura. Na literatura, os principais efeitos relatados, atribuídos a medicação foram dor, sensação de dormência ou formigamento em mãos e pés, fadiga, perda de memória, dor de cabeça, tontura, perda de apetite e perda de peso (BHAT et al., 2010).

Entre os principais preditores de adesão estão os problemas relacionados às medicações, particularmente a percebida presença de efeitos colaterais da medicação ARV. O regime terapêutico contínuo, restrições nutricionais e efeitos adversos fazem da adesão uma tarefa difícil. A falta de informação e a presença de desagradáveis efeitos colaterais podem levar o paciente a ajustar a medicação por conta própria ou até levar a descontinuação do tratamento (BHAT et al., 2010).

O uso de múltiplas medicações expõe o paciente a um esquema de tratamento mais complexo, que requer atenção, memória, organização e tempo de administração da droga. Além de tudo, há a possibilidade de desencadear mais efeitos colaterais, para cada comprimido tomado o risco de não adesão aumenta em 12% (MIYADA et al., 2017).

Verificou-se por meio deste estudo, que a população que possui a infecção pelo HIV na região dos Campos Gerais possui outras doenças crônicas como a hipertensão, diabetes e a depressão. Neste contexto, destaca-se o grande uso de diversas medicações para o tratamento da depressão na população estudada, citados mais vezes nos questionários socioeconômicos do que as medicações para tratamento de hipertensão arterial.

O HIV aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos por vários mecanismos como: lesão direta a região subcortical do cérebro; stress crônico; estigma; piora de isolamento social; debilitação e intensa desmoralização (SHEIKH, 2010; SHITTU et al., 2013; OLISAH; BAIYEWU).

A depressão influencia tanto na decisão para iniciar a TARV como no processo de adaptação e manutenção do tratamento através do tempo. A evidência mostra que depressão diminui a adesão ao tratamento em doenças crônicas em geral, e que tem uma probabilidade duas vezes maior de não aderir a seu tratamento, se comparado a aqueles que não estão deprimidos (VARELA; GALDAMES, 2014).

Os resultados obtidos por Tufano et al (2015) mostraram que sintomas depressivos são relacionados com a presença de padrão de doses de medicações perdidas, não adesão ao tratamento e falha no tratamento, e esta deve ser visada pelos médicos nas consultas regulares.

Por outro lado, se há visualizado que a infecção pelo HIV aumenta a probabilidade de ter depressão como resultado de múltiplos estressores que complicam a vida das PVHIV, tal como a redução do apoio social, o isolamento e o estigma, assim como o ajuste da rotina a complicados regimes terapêuticos de medicamentos antirretrovirais (VARELA; GALDAMES, 2014).

Adesão é instável em algumas situações, como na presença de transtornos mentais, tal condição com curso errático e dinâmico. A detecção em tempo de tais condições pode prevenir o abandono do tratamento (TUFANO et al., 2015).

Diante do elevado número de pacientes que fazem uso de medicações antidepressivas, há a necessidade de compreender melhor esta problemática e delinear estratégias efetivas que permitam intervir sobre o problema. Em relação as comorbidades do HIV, é necessário considerar o manejo de doenças como a depressão, como uma forma de melhorar a qualidade de vida, a nível psicológico, dos pacientes (VARELA; GALDAMES, 2014).

Em relação a comportamento da população infectada pelo vírus HIV da região dos Campos Gerais, 84,04% utilizavam preservativos durante as relações sexuais como forma de prevenção. E 79,74% relataram não utilizar nenhum tipo álcool ou drogas.

Um dos problemas descritos com relação à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da AIDS é o uso de preservativo, algo de difícil negociação nas relações entre homens e mulheres, principalmente quando se trata de relações estreitas e duradouras. Em uma relação estável entre o casal, exigir o uso de preservativos com outra finalidade que não seja a contracepção implica em riscos que perpassam desde questões ligadas a afetividade, como a quebra de confiança entre o casal, até questões culturais, como os rótulos atribuídos às mulheres que mostram conhecimento e iniciativa esfera sexual e mesmo o risco de perder o apoio financeiro do parceiro, caso dependa dele. Uma pesquisa nacional confirma o fato de as mulheres usarem anticoncepcionais orais no casamento e atribuírem a importância ao uso da camisinha, quando se trata de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, somente para pessoas que não possuam um relacionamento fixo (KING et al, 2012).

O consumo de álcool desempenha um papel único em consideração a adesão aos ARV, independente de fatores demográficos, estruturais e psicossociais. A não adesão relacionada com o etilismo pode vir de razões como simplesmente esquecer a dose devido a alcoolização, ou ainda o

paciente não tomar o ARV para poder beber, e assim evitar uma posterior interação álcool/medicação (MOROJELE; KEKWALETWE; NKOSI, 2014).

A literatura sugere que há uma ligação entre não adesão a medicação com o uso de cigarros. Alguns estudos mostraram que a adesão aos ARV era significativamente menor em paciente HIV positivos que possuíam dependência por nicotina quando comparados aos não fumantes. Além do mais, os fumantes mostraram menor resposta viral e menor resposta imunológica do que os não fumantes (KING et al., 2012).

Ao se analisar as respostas do questionário CEAT-VIH (questão 7) que apresentou o menor score, pode-se inferir que há escassa quantidade de conhecimento e/ou informação dos participantes sobre o esquema ARV. Autores relatam que o conhecimento sobre a doença influencia no nível de adesão. Terblanche e Stellenberg (2014) descrevem que mudanças comportamentais e outras intervenções, como educação em saúde aos pacientes pode aumentar a adesão a TARV. Idindili et al(2012) descrevem ainda que pacientes com pouco conhecimento sobre o básico da prevenção do HIV são duas vezes mais prováveis em não ser aderentes em comparação com pacientes com bom conhecimento.

Adequada orientação aos pacientes é necessária porque o tratamento requer múltiplas facetas da vida, que necessita de atenção. Pacientes necessitam ser informados completamente sobre suas doenças para ser hábeis em tomar decisões e para aderir efetivamente ao tratamento, o que permitiria o controle da doença. Através da educação do paciente, este poderia ter mais reponsabilidade em relação ao tratamento e de sua saúde (TERBLANCHE; STELLENBERG, 2014).

Educação e promoção em saúde empoderam as pessoas em assumir controle de suas próprias vidas e de sua própria saúde. Isso cria um ambiente que promove estilos de vida saudáveis e decisões tomadas baseadas em evidência (TERBLANCHE; STELLENBERG, 2014).

Observou-se no presente estudo a influência negativa do tempo sem tomar medicação sobre a adesão medicamentosa. Holstand e colaboradore (2006) sugerem que, pacientes que tem vivido por mais tempo com a doença podem ter aprendido o que fazer para viver, como se adaptar, e como manipular seu regime de medicações para manter sua saúde.

Devido aos achado do estudo, PVHIV sem conhecimento sobre os ARV, falta de suporte social e presença de doença mental, destaca-se a necessidade uma abordagem interdisciplinar no manejo da adesão, evitando assim a diminuição da adesão medicamentosa. Tal abordagem pode ser realizada através do CTA pois o mesmo possui equipe multidisciplinar própria e preparada para o atendimento da população.

Os achados no presente estudo corroboram com pesquisas prévias que a supressão viral em PVHIV é em grande parte devido à adesão, com modestos impactos de fatores sociodemográficos. A adesão a terapia ARV é o preditor primário da supressão viral, o fornecimento adequado de medicação antirretroviral deve permanecer como prioridade em políticas de saúde públicas sobre o HIV.

CONCLUSÃO

Os pacientes desse estudo necessitam de intervenções a nível interdisciplinares para aumentar a adesão, visto que estes apresentam dificuldades em diversas dimensões da vida, como saúde mental, baixo conhecimento e falta de apoio social.

O aprimoramento da adesão também pode ser alcançada por algumas intervenções. Garantindo ao paciente um esquema antirretroviral com menos doses e simplificado, que irá promover adesão e ajudará a minimizar a emergência da resistência aos ARVs. Aconselhamento individual e suporte social da família, amigos e trabalhadores da área da saúde são um importante papel no encorajamento para a adesão. Pacientes devem ser encorajados a relatar ao médico qualquer sintoma, relacionado à medicação, que apresentar, evitando assim o abandono do tratamento.

A compreensão da necessidade da terapia, as consequências da não adesão, a importância do acompanhamento médico e laboratorial, entre outros, são fatores que devem ser amplamente debatidos com as PVHIV para prepara-los para o início da terapia e para a promoção da adesão à TARV.

O acesso oportuno à unidade de saúde, a relação com a equipe, a compreensão da necessidade do tratamento e o adequado acompanhamento do paciente são elementos fundamentais na promoção da adesão, sobretudo nos primeiros meses após o início da terapia, quando é comum a manifestação de reações adversas, erros no uso do ARV, esquecimento de dose e outros fatores que afetam negativamente a adesão.

REFERÊNCIAS

- ARRIVILLAGA, M. et al. Applying an expanded determinant approach to the concept of adherence to treatment: the case of Colombian women living with HIV/AIDS. **Women's Health Issues**, v. 21, n.2, p. 177-183, 2011.
- ATTONITO, J. et al. Antiretroviral treatment adherence as a mediating factor between psychosocial variables and HIV viral load. **J. Assoc Nurses AIDS Care**, v.25, n.6, p. 626-637, 2014.
- BARCLAY, T.R. et al. Age-Associated Predictors of Medication Adherence in HIV-Positive Adults: Health Beliefs, Self-Efficacy, and Neurocognitive Status. **Health Psychology**, v.26, n.1, p. 40–49, 2007.
- BASTISTA, J.D.L. et al. Association between smoking, crack cocaine abuse and the discontinuation of combination antiretroviral therapy in Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Inst. Med. Trop**, Sao Paulo, v. 56, n.2, p. 127-32, 2014.
- BETANCUR, M.N. et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n.5, p. 507-514, 2017.
- BHAT, V.G. et al. Factors associated with poor adherence to anti-retroviral therapy in patients attending a rural health centre in South Africa. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, v. 29, n.1, p. 947–953, 2010
- CASTELINO, S. et al. Determination of the influence of home delivery of HIV therapy on virological outcomes and adherence. **International Journal of STD & AIDS**, v. 26, n. 2, p. 93–97, 2015.
- CERDÁ, J.M.V. et al. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. **Farm Hosp**, v. 38, n. 4, p. 291-299, 2014.
- CORLESS, I.B. et al. 90-90-90-Plus: Maintaining Adherence to Antiretroviral Therapies. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v.31, n. 5, p. 227-236, 2017.
- EFROYMSON, M. A. Multiple regression analysis. Mathematical methods for digital computers, 1, 191-203, 1960.
- ERNESTO, A.S. et al. Usefulness of pharmacy dispensing records in the evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Brazilian children and adolescent. **Braz J Infec Dis**, v.16, n.4, p. 315-320, 2012.
- FARIA, E.R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq., Brasília**, v. 30, n. 2, p. 197-203, abr./jun. 2014.
- FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, 2012.
- FOGARTY, L. et al. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. **Patient Education and Counseling**, v. 46, n. 1, p. 93-108, 2002.
- FONSAH, J.Y. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Yaoundé-Cameroon: Association with Opportunistic Infections, Depression, ART Regimen and Side Effects. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, jan 2017.
- GALVÃO, M.T.G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paul Enferm**, v.28, n.1, p.48-53, 2015.

HOLSTAD, M.K.M. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. **JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE**, v. 17, n. 2, p. 4-15, mar./abr. 2006.

IACOB, A.S.; IACOB, D.G.; JUGULETE, G. Improving the Adherence to Antiretroviral Therapy, a Difficult but Essential Task for a Successful HIV Treatment—Clinical Points of View and Practical Consideration. **Frontiers in Pharmacology**, v. 8, n. 831, nov. 2017.

IDINDILI, B. et al. A case-control study of factors associated with non-adherent to antiretroviral therapy among HIV infected people in Pwani Region, eastern Tanzania. **Tanzania Journal of Health Research**, v. 14, n. 3, julho 2012.

JOGLEKAR, N. et al. Barriers to ART adherence & follow ups among patients attending ART centres in Maharashtra, India. **Indian J Med Res**, v. 134, n. 6, p. 954–959, dez. 2011.

JOHNSON, M.O. et al. Positive Provider Interactions, Adherence Self-Efficacy, and Adherence to Antiretroviral Medications Among HIV-Infected Adults: A Mediation Model. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 20, n. 4, p. 258-268, 2006.

KALICHMAN, S.C. et al. Food Insufficiency and Medication Adherence Among People Living with HIV/AIDS in Urban and Peri-Urban Settings. **Prev Sci**, v.12, n.1, p. 324-332, mai. 2011.

KALICHMAN, S.C.; KALICHMAN, M.O. HIV-Related Stress and Life Chaos Mediate the Association Between Poverty and Medication Adherence Among People Living with HIV/AIDS. **J Clin Psychol Med Settings**, New York, v.23, n.1, p. 420-430, nov. 2016.

KING, R.M. et al. Factors Associated with Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Smokers. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 26, n. 8, p. 479-485, 2012.

KUMAR, N. et al. Predictors of mortality among a cohort of HIV/AIDS patients on anti-retroviral therapy in coastal South India. **HIV AIDS Ver**, v.16, n.1, p.18-23, 2017.

MASA, R.; CHOWA, G.; NYIRENDA, V. Barriers and facilitators of antiretroviral therapy adherence in rural Eastern province, Zambia: the role of household economic status. **African Journal of AIDS Research**, v.16, n. 2, p. 91-99, jun. 2017.

MCCULLAGH, P. e Nelder, J. A. Generalized Linear Models, no. 37 in Monograph on Statistics and Applied Probability. 1989.

MCCOY, K. et al. Correlates of Antiretroviral Therapy Adherence among HIV-Infected Older Adults. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**, v. 15, n. 3, p. 248–255, 2016

MENEZES, E.G. et al. Fatores associados a adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm**, v.31, n.3, p. 299-304, 2018.

MIYADA, S. et al. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at specialized facility in Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.50, n.5, p. 607-612, set-out 2017.

MOHAMMED, H. et al. Adherence to HAART among HIV- Infected persons in rural Louisiana. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 18, n. 5, p. 289-296, 2004

MOROJELE, N.K.; KEKWALETSE, C.T.; NKOSI, S. Associations Between Alcohol Use, Other Psychosocial Factors, Structural Factors and Antiretroviral Therapy (ART) Adherence Among South African ART Recipients. **AIDS Behav**, v.18, p. 519–524, ago. 2014.

MUKUI, I.N. et al. Rates and Predictors of Non-Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals in Kenya: Results from the Second. Kenya AIDS Indicator Survey, 2012. **PLoS ONE**, v.11, n.12, 2016.

NAGATA, D.; GUTIERREZ, E.B. Características dos pacientes com HIV que faltaram a consultas agendadas. **Rev Saúde Pública**. v.49, n.95, 2015.

NCAMA, P.B. et al. Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. **International Journal of Nursing Studies**, v.45, n.1, p. 1457-1763, 2008

NDUAGUBA, S. et al. The relationship between patient-related factors and medication adherence among Nigerian patients taking highly active anti-retroviral therapy. **African Health Sciences**, v. 17, n. 3, p. 738-745, set. 2017.

OLISAH, V.O.; BAIYEWUS, O.; SHEISH, T.L.; Adherence to highly active antiretroviral therapy in depressed patients with HiV/AiDS attending a Nigerian university teaching hospital clinic. **AfrJ Psychiatry**, v.13, n.1, p. 275-279, set. 2010.

PACÍFICO, J.; GUTIÉRREZ, C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad em pcientes com VIH/SIDA de um hospital de Lima, Peru. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.32, n.1, p.66-72, 2015.

PASCHOAL, E.P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.32-40, 2014.

PINHEIRO, C.A.T. et al. Aging, neurocognitive impairment and adherence to antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-infected individuals. **Braz J Infect Dis**, v.20, n.6, p. 599-604, 2016.

PINHEIRO, C.A.T. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Brasil, v.35, n.10, p.1173-1181, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

ROSSI, P.S.; PEREIRA, P.P.G. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de AIDS. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.2, p.484-495, 2014.

SAFREN, S.A. et al. ARTadherence, demographic variables and CD4 outcome among HIV-positive patients on antiretroviral therapy in Chennai, India. **AIDS Care**, v.17, n. 7, p. 853-862, out. 2005.

SÁNCHEZ-SOSA, J.J. et al. Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. **Salud Mental**, v. 32, n. 5, p. 389-397, set./out. 2009.

SCHÖNNESSON, L.N. et al. Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. **AIDS Care**, v. 18, n.4, p. 406-414, 2006.

SECRETÁRIA DA SAÚDE. Regionais SESA- 3ª RS- Ponta Grossa. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2755>> Acesso em 23 de outubro de 2018.

SENKOMAGO, V. et al. Barriers to antiretroviral adherence in HIV-positive patients receiving free medication in Kayunga, Uganda. **AIDS Care**, v. 23, n. 10, p. 1246- 1253, out. 2011.

SHAFIEKHANI, M. et al. Evaluating drug interactions, adverse drug reactions, and level of adherence to highly active antiretroviral therapy regimen amongst HIV-positive patients who referred to an AIDS healthcare center in Fars, southern Iran: the first multifaceted study from Iran. **HIV AIDS Rev**, v.16, n.1, p.24-31, 2017.

SHITTU, R.O. et al. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy, in Depressed Peoples Living with HIV/AIDS in Nigeria, West Africa. **J Antivir Antiretrovir**, v.6, n.1, p.006-012, 2013.

- SILVA, A.C.O. et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n.6, p. 994-1011, nov-dez 2014.
- SILVA, J.A.G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1188-1198, jun. 2015.
- SOUZA, G.O.; TIBÚRCIO, A.A.C.M.; KOIKE, M.K. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, **Brazil. MedicalExpress** (São Paulo, online), v.3, n.3, jun. 2016.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrative: o que é e como fazer?. **Einstein**, v.8, n.1, p. 102-106, 2010.
- STOUT, B.D.; LEON, M.P.; NICCOLAI, L.M. Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Patients in Costa Rica. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v.18, n. 5, p. 297-304, 2004.
- SULEIMAN, I.A.; MOMO, A. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants among persons living with HIV/AIDS in Bayelsa state, Nigeria. **Pharmacy Practice**, v.14, n.1, p.631, jan./mar. 2016.
- TERBLACHE, L.M.; STELLENBERG, E.L. Patient knowledge of HIV and its treatment in South Africa. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, v. 6, n.1, 2014.
- TRAN, B.X. et al. Impact of Socioeconomic inequality on access, adherence, and outcomes of antiretroviral treatment services for people living with HIV/AIDS in Vietnam. **PLoS ONE**, v.11, n.14, dez. 2016.
- TSE, W.F.; HUANG, W. Stigma among HIV/AIDS patients in China. **HIV AIDS Rev**, v.16, n.1, p.11-17, 2017.
- TUFANO, C.S. et al. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. **Sao Paulo Med J**, São Paulo, v. 133, n.3, p. 179-186, 2015.
- UNAIDS. Relatórios mais recentes do UNAIDS. Disponível em: < <http://unaid.org.br/estatisticas/>> acesso em 21 de maio de 2017.
- VARELA M.; GALDAMES, S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral em pacientes com infección por VIH atendidos em el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. **Ver Chilena Infectol**, v.31, n.3, p. 323-328, 2014.
- VARELA-ARÉVALO, M.T.; HOYOS- HERNÁNDEZ, P.A. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. **Rev. salud pública**, v.17, n. 4, p.528-540, ago. 2015.
- VELASCO, A.A. et al. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. **Farm Hosp**. v. 33, n. 1, p. 4-11, 2009.
- VILLARINHO, M.V. et al. Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013.
- VOISIN, D.R. et al. A longitudinal analysis of antiretroviral adherence among young black men who have sex with men. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n.1, p. 411-416, 2017.
- WANG, X.; WU, Z. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HiV/AIDS patients em rural China. **Aids**, Iran, v.21, n 8, p.149-155, 2007.
- WEDDEBURN, R. Quasilikelihood functions, generalized linear models and the Gauss-Newton method. **Biometrika**, p. 439- 447, 1974.

WEISER, S.D. et al. Longitudinal assesement of associations between food insecurity, antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes in rural Uganda. **Aids**, Iran, v.28, n.1, p. 115-120, 2014.

WHO. World Health Organisation. **Global Health Observatory (GHO) data**. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/hiv/en/>> acesso em 09 de maio de 2017.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:

Título do projeto: Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região centro sul do estado do Paraná: Uma proposta de intervenção interdisciplinar.

Nome: Sexo: M() F() Idade: RG: Telefones: /
Endereço Residencial: Rua: Número: Bairro: Cidade: CEP: Complemento:
Nome de outra pessoa para contato: Grau de parentesco: Telefones: /

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. Estudos que busquem verificar a adesão ao medicamento são importantes para a averiguação do grau de aderência dos pacientes, como também para a verificação dos fatores influenciadores, sendo estes necessários para a efetiva implementação de medidas eficazes para o tratamento de pessoas com HIV. Este estudo tem como objetivo avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais de pacientes com HIV/AIDS atendidos pelo SAE/CTA do município de Ponta Grossa, Paraná

Descrição dos procedimentos: Serão coletados dados utilizando dois questionários um socioeconômico e o "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEATHIV)

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Natália Galvão (42)99922-2714

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12
TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

Natália Galvão

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Sujeito da pesquisa

Ponta Grossa, / /

APÊNDICE B- Questionário Socioeconômico de coleta de dados

QUESTIONÁRIO

Data: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Estudou até a: _____ série do ensino: _____ (anos de estudo=____)

Estado civil: _____

Local de residência: _____

Situação ocupacional: () Empregado () Desempregado () Pensionista
() Aposentado () _____

Renda Familiar mensal: _____

Quantas pessoas moram na sua casa: _____

Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () _____

Pessoas que sabem sobre seu diagnóstico de HIV+ (Marque todos os correspondentes):

() Parceiro(a) () Filhos () Mãe/Pai () Outros familiares () Amigos

() Colegas de trabalho () Outras pessoas

Tempo de diagnóstico de HIV: _____

Como contraiu o HIV: () sexual () transfusão sanguínea

() seringa contaminada-drogas injetáveis () Acidente perfurcortante () _____

Tempo de Terapia Antirretroviral: _____

Número de comprimidos específicos para o tratamento de HIV por dia: _____

Tem ajuda de alguém para tomar os remédios? () Não () Sim. Quem? _____

Sente algum efeito colateral: () Não () Sim Quais: _____

Número de internamentos por complicações do HIV: _____

Possui outras doenças: () Não () Sim Quais: _____

Faz uso de outros medicamentos: () Não () Sim Quais: _____

Faz uso de preservativos durante as relações sexuais: () Não () Sim

Faz uso de álcool ou drogas: () Não () Sim Quais: _____

Carga viral: _____

Contagem de linfócitos TCD4: _____

**ANEXO A- Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral
(CEAT-VIH)**

ANEXO

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])

Durante a última semana	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
Deixou de tomar sua medicação alguma vez?					
Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?					
Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?					
Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?					

Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

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

Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?

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

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

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?

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

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] _____

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

Qual? _____

SIM	NÃO

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região centro sul do estado do Paraná: Uma proposta de intervenção interdisciplinar.

Pesquisador: NATALIA GALVAO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79532017.4.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.364.393

Apresentação do Projeto:

Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região centro sul do estado do Paraná: Uma proposta de intervenção interdisciplinar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais de pacientes com HIV/AIDS atendidos pelo SAE/CTA do município de Ponta Grossa, Paraná.

Objetivo Secundário:

Identificar as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dessa população. Identificar os motivos que levam a uma má adesão.

Determinar o padrão de adesão da população estudada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos por se tratar de uma abordagem observacional.

Benefícios:

Conhecimentos gerados sobre a aderência aos antirretrovirais e sobre perfil do paciente que faz

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvarararas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.364.393

uso da terapia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada por um retrovírus que leva a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A

terapia antirretroviral empregada no tratamento de HIV/AIDS é de fundamental importância para a diminuição da velocidade de progressão da

doença e para o aumento da sobrevivência, entretanto para atingir os benefícios terapêuticos é necessária aderência tratamento. Nesse contexto

estudos que busquem verificar a adesão ao medicamento são importantes para a averiguação do grau de aderência dos pacientes, como também

apara a verificação dos fatores influenciadores, sendo estes necessários para a efetiva implementação de medidas eficazes para o tratamento de

pessoas com HIV/AIDS. A presente pesquisa tem como objetivo avaliar a adesão aos medicamentos antirretrovirais de pacientes com HIV/AIDS

atendidos pelo SAE/CTA do município de Ponta Grossa, Paraná. Será um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal, onde serão

coletados dados de pacientes com HIV/AIDS que estiverem aguardando consulta no SAE/CTA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas da resolução 466/2012

Recomendações:

Solicita-se que ao final do projeto de pesquisa seja enviado o relatório final pela plataforma brasil por notificação para evitar pendências com a Propesp ou com o Comitê de Ética

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1006130.pdf	10/10/2017 14:51:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	p17.pdf	10/10/2017 14:49:23	NATALIA GALVAO	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.364.393

Justificativa de Ausência	p17.pdf	10/10/2017 14:49:23	NATALIA GALVAO	Aceito
Outros	questionario_adexao.pdf	10/10/2017 14:45:22	NATALIA GALVAO	Aceito
Outros	Questionario_socio.doc	10/10/2017 14:43:44	NATALIA GALVAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/10/2017 14:42:34	NATALIA GALVAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	10/10/2017 14:42:12	NATALIA GALVAO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/10/2017 14:41:19	NATALIA GALVAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 03 de Novembro de 2017

**Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)**

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvarararas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvararas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

ANEXO C – Permissão Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, autorizo a realização do Projeto “ADESÃO AOS MEDICAMENTOS EM PACIENTES HIV/AIDS NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO PARANÁ, UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR”, da pesquisadora responsável NATÁLIA GALVÃO, condicionando para o início de execução das atividades, a entrega à Secretaria Municipal de Saúde, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovando a realização do referido Projeto.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa, deverá constar o nome e o logotipo desta Instituição.

Ponta Grossa, 19 de Setembro de 2017.

ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU
Secretária Municipal de Saúde