

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

LUCIANA REGINA DE BARROS PINHEIRO

**PACIENTES COM MÁ ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ANÁLISE
DOS FATORES ASSOCIADOS APÓS AS DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE 2015**

RECIFE

2018

LUCIANA REGINA DE BARROS PINHEIRO

**PACIENTES COM MÁ ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ANÁLISE
DOS FATORES ASSOCIADOS APÓS AS DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE 2015**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Aletheia Soares Sampaio

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

P654p Pinheiro, Luciana Regina de Barros.

Pacientes com má adesão à terapia antirretroviral: análise dos fatores associados após as diretrizes terapêuticas de 2015/ Luciana Regina de Barros Pinheiro. — Recife: [s.n.], 2018.

74 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos; Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Aletheia Soares Sampaio.

1. Hiv. 2. Adesão à Medicação. 3. Tratamento Farmacológico. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Título.

CDU 616.974

LUCIANA REGINA DE BARROS PINHEIRO

**PACIENTES COM MÁ ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ANÁLISE
DOS FATORES ASSOCIADOS APÓS AS DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE 2015**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 25/ 05/ 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Aletheia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Naíde Teodósio Valois Santos
Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Bezerra de Menezes
Universidade de Pernambuco

Ê, S-A-Ú-D-E!

Saúde é numa história contar
Mistos de ideais e prazeres
Singelos num perfeito dialogar
Encontram-se na roda seus fazeres
Vozes que cantam seus dizeres
Palavras que em verso forte são
Energia potente em seus viveres
Riqueza que se faz em comunhão
Saúde Pública, sim, és fascinação

Mikael Brasil

*Dedico esse trabalho à minha filha Betina, a razão de tudo
e em quem encontro forças nos momentos mais difíceis.
Meu amor, desculpa as ausências de mamãe. Te amo infinito.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter possibilitado alcançar este sonho.

À **minha mãe e ao meu marido**, que me deram forças desde o processo de seleção, durante todo o curso e agora na reta final, aguentando o meu melhor e o meu pior e me incentivando nos momentos mais difíceis em que eu fraquejava. Obrigada pela paciência e suporte incondicional nesta e tantas outras jornadas (inclusive as que ainda estão por vir).

À **minha família**, desculpa as ausências, o “vácuo” nos telefonemas e mensagens e obrigada sempre pelo apoio em todos os momentos da minha vida.

Ao **meu pai** que tanto se orgulhava das minhas conquistas nunca esqueço da sua felicidade quando entrei na residência desta Instituição onde hoje estou fechando mais um ciclo. Painho, sei que você em outro plano continua torcendo por mim. Obrigada pela sua herança de generosidade, honestidade e fé. Saudades eternas...

Aos meus orientadores, professoras **Dr^a Ana Lucia de Vasconcelos e Dr^a Aletheia Soares Sampaio** pelo acolhimento, disponibilidade, ensinamentos e incentivos quando eu esmorecia, me fazendo enxergar prioridades e definir escolhas, às vezes dolorosas, mas necessárias. Minha profunda admiração.

À **George Diniz** pela colaboração no processamento e na análise estatística, pelos cafés e paciência nessa reta final.

À **George Teixeira** pela competência, profissionalismo e disponibilidade com o Abstract do trabalho

Ao Programa Stricto Sensu em Saúde Pública do **Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz** pelo ensino de qualidade e oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

À **Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife** pela liberação para realização do Mestrado.

Aos meus amigos de trabalho do Distrito Sanitário 4, em especial a **Equipe do DEAS** pelo incentivo ao longo desses anos.

Ao funcionário da secretaria acadêmica do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, **Semente**, pelo apoio e incentivo em todos os momentos que estive nesta Instituição.

A todos os colegas que me acolheram no SAME e no SAE da Policlínica Lessa da Andrade, especialmente à gerente do SAE **Silvia Marques de Moraes** e a Farmacêutica **Nádia Regina Maia** pela importante ajuda.

Aos meus amigos e residentes **Robson, Mikael, Douglas, Evódia e Gláucia** pela parceria. Foi uma honra ser preceptora de pessoas especiais como vocês em um momento tão singular em minha vida.

Mikael Brasil...o que falar desse ser tão especial? Obrigada pela sua existência, pela pressão nos momentos que eu precisei...você é uma fonte de inspiração pra mim.

A **todos** que tornaram possível a elaboração desta dissertação... meu muito obrigada.

PINHEIRO, Luciana Regina de Barros de. Pacientes com má adesão à terapia antirretroviral: análise dos fatores associados após as diretrizes terapêuticas de 2015. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda representa um dos maiores problemas mundiais de Saúde Pública. Para que os benefícios da TARV sejam observados é fundamental que haja uma boa adesão por parte dos usuários a fim de evitar falha terapêutica e desenvolvimento de cepas virais resistentes aos medicamentos. Este estudo objetivou determinar a taxa e os fatores contribuintes para a má adesão à TARV em PVHIV assistidos em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Recife/Pernambuco, de janeiro de 2000 a agosto de 2017, comparando a chance de má adesão entre os que iniciaram uso da TARV até 2015 e após esse ano (quando a TARV passou a ser recomendada para todas as PVHIV, independentemente dos níveis de linfócitos T CD4⁺). Para isso foi realizado um estudo do tipo corte transversal e para caracterizar o SAE foi realizado um estudo exploratório, descritivo. Utilizaram-se dados dos prontuários médicos, dos registros de retiradas mensais de medicamentos e observação direta de 1994 pacientes, constatando-se 427 em atraso ou em abandono de TARV, o que representa uma taxa de má adesão de 21,4%. Analisando-se uma amostra de 275 pacientes, obtiveram significância estatística, na análise bivariada, as PVHI que iniciaram a TARV após 2015 e que, respectivamente, tinham menos de 30 anos de idade (p-valor = 0,0000), eram usuárias de drogas ilícitas (p-valor = 0,0036); que tinham menos de 5 anos do diagnóstico de HIV (p-valor = 0,0000); que faziam uso de outros medicamentos (p-valor = 0,0269); que não haviam usado mais de um esquema ARV (p-valor = 0,0000) e que possuíam níveis de linfócitos T-CD4⁺, no momento da introdução dessa terapia, ≥ 500 céls/mm³ (p-valor = 0,0000). Permaneceram com significância estatística na análise multivariada, o tempo de diagnóstico do HIV < 5 anos (p-valor = 0,0000), os níveis de linfócitos T-CD4⁺ ≥ 500 céls/mm³, no momento da introdução da TARV, (p-valor = 0,0104) e as PVHIV que não haviam usado mais de um esquema ARV (p-valor = 0,0164). Os resultados deste estudo permitiu conhecer os PVHIV com maiores chances de má adesão à TARV, trazendo, portanto, informações que poderão contribuir para a elaboração de ações e estratégias do cuidado para adesão à TARV.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Adesão à Medicação

PINHEIRO, Luciana Regina De Barros. Patients with poor adherence to antiretroviral therapy: analysis of associated factors after the 2015 therapeutic guidelines. 2018. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

The Human immunodeficiency virus (HIV) infection still represents one of the world's largest public health problems. For the benefits of ART to be seen, it is essential that users adhere well to prevent therapeutic failure and the development of drug-resistant viral strains. This study aimed to determine the rate and contributing factors for poor adherence to ART in PLHIV assisted at a Specialized Assistance Service (SAE) of Recife / Pernambuco, from January 2000 to August 2017, comparing the chance of poor adherence among those who started ART by 2015 and beyond (when ART is now recommended for all PLHIV, regardless of CD4T lymphocyte levels). For this, a cross-sectional study was performed and to characterize the SAE, an exploratory, descriptive study was performed. Data from medical records, monthly withdrawal records and direct observation of 1994 patients were used, and 427 were found to be late or on ART dropout, which represents a rate of poor adherence of 21.4%. Analyzing a sample of 275 patients, the bivariate analysis showed that PLHIV who started ART after 2015 and who were, respectively, under 30 years of age (p-value = 0.0000), were users of illicit drugs (p-value = 0.0036); who were younger than 5 years of HIV diagnosis (p-value = 0.0000); who used other medicines (p-value = 0.0269); who had not used more than one ARV regimen (p-value = 0.0000) and had T-CD4 lymphocyte levels at the time of introduction of this therapy, ≥ 500 cells / mm³ (p-value = 0.0000). Remaining statistically significant in the multivariate analysis, the time since diagnosis of HIV <5 years (p-value = 0.0000), T-CD4 lymphocyte levels at ≥ 500 cells / mm³, at the time ART introduction (p-value = 0.0104) and PLHIV who had not used more than one ARV regimen (p-value = 0.0164). The results of this study made possible to identify the PLHIV with higher chances of poor adherence to ART, thus bringing information that may contribute to the elaboration of actions and care strategies for ART adherence.

KEYWORDS: HIV. High Activity Antiretroviral Therapy. Medication Adherence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - História natural da infecção pelo HIV	21
Figura 2 - Serviço de Atenção Especializada (SAE) em IST/HIV/AIDS, segundo município e Região de Saúde. Pernambuco, 2016	28
Figura 3 - Seleção da amostra deste estudo.....	30
Quadro 1 - Variáveis Independentes utilizadas na análise das PVHIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV) assistidos em um Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco, segundo sua maior condição de vulnerabilidade e justificativa.....	32
Quadro 2 - Composição da equipe de profissionais de saúde do SAE e suas funções.....	45

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Portadores de HIV por período de início da terapia antirretroviral (TARV), segundo falta às consultas médicas e má adesão à essa terapia. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco.....**36**
- Tabela 2.** Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV), por período de início dessa terapia e segundo características sócio demográficas e comportamentais. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco.....**37**
- Tabela 3.** Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV), por período de início dessa terapia e segundo características clínicas. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco..... **38**
- Tabela 4.** Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Análise bivariada por período de início dessa terapia e segundo características sócio demográficas e comportamentais. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco.....**39**
- Tabela 5.** Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Análise bivariada por período de início dessa terapia e segundo características clínicas. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco.....**40**
- Tabela 6.** Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Resultados da regressão logística multivariada. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco.....**41**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV:	Antirretrovirais
CTA:	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV:	Carga Viral
DFC:	Dose Fixa Combinada
EFZ:	Efavirenz
HAART:	Highly Active Antiretroviral Therapy
HBC:	Vírus da Hepatite C
HBV:	Vírus da Hepatite B
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
HORUS:	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IST:	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRN:	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN:	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos
LT-CD4 ⁺ :	Linfócitos com Grupamento de diferenciação 4
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONG:	Organização Não Governamental
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
OR:	<i>Odds Ratio</i>
PCDT:	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PLA:	Policlínica Lessa de Andrade
PVHIV:	Pessoa Vivendo com HIV
SAE:	Serviço de Assistência Especializada
SAME:	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SICLOM:	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos ARV
SIM:	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS:	Sistema Único de Saúde
TARV:	Terapia Antirretroviral
TDF:	Tenofovir
UNAIDS:	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
3TC:	Lamivudina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO GERAL	19
2.1 Objetivos Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Panorama da epidemia do HIV/Aids no Brasil	20
3.2 História Natural da Infecção pelo HIV	20
3.3 A era HAART e a adesão a terapia antirretroviral.....	21
3.4 Características estruturais e organizacionais do Serviço de Atenção Especializada .	27
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Tipo, Período e Local do Estudo	29
4.2 População do estudo, critérios de inclusão e amostra	29
4.3 Fontes, procedimentos e instrumentos de coleta de dados	31
4.4 Análise dos Dados	31
4.5 Aspectos Éticos.....	35
5 RESULTADOS	36
5.1 Taxas e fatores contribuintes de má adesão à TARV	36
5.2 Condições estruturais e organizacionais do SAE para adesão à TARV.....	41
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	46
7 RECOMENDAÇÕES.....	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO.....	56
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS ...	64
APÊNDICE C – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O SERVIÇO.....	68
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	70
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	71

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa atualmente um dos principais problemas mundiais de Saúde Pública. Em 2016, havia 1,8 milhões de novas infecções pelo HIV em todo o mundo, somando um total de aproximadamente 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Na região mais afetada do mundo, a África Oriental e Austral, o número de pessoas em tratamento mais do que dobrou desde 2010, chegando a cerca de 10,3 milhões (UNAIDS, 2017a). No Brasil, de 1982 (primeiro caso na cidade de São Paulo) até junho de 2017, foram notificados 882.810 casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017).

O estado de Pernambuco lidera as estatísticas de Aids na Região Nordeste, tanto em termos de morbidade quanto de mortalidade, tendo notificado até junho de 2017, 31.955 casos de Aids, com uma taxa de detecção de 19,8/100.000 habitantes, sendo o nono estado, empatado com o Mato Grosso do Sul, com a maior taxa de detecção em 2017. Em relação à mortalidade, tendo como causa básica Aids (CID10: B20 a B24), desde o início da epidemia até dezembro de 2016, foram identificados 10.967 óbitos, sendo o sétimo estado com maior coeficiente de mortalidade padronizado (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017).

Recife detém a 8ª posição de casos de Aids detectados no Brasil, com uma taxa de detecção de 36,7/100.000 habitantes. Em relação ao coeficiente de mortalidade por Aids, Recife aparece na 6ª posição, com 11,1 óbitos por 100.000 habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) combinada para o tratamento de pessoas com HIV/Aids, juntamente as maciças campanhas de prevenção de novas infecções pelo HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), têm ocasionado expressiva redução da morbidade, aumento da sobrevivência dos casos de Aids, e redução de internações hospitalares, além da melhora da qualidade de vida das PVHIV (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos ARV no Sistema Único de Saúde (SUS). O ano de 1996, por meio da Lei n. 9.213/96, representou um marco, pois nesse período foi proposto o tratamento com associação de drogas ARV, inibidoras de duas enzimas essenciais para a multiplicação viral efetiva, a transcriptase reversa e a protease, desenvolvendo o potencial de transformar a Aids em doença crônica (DOURADO *et al.*, 2006; GIR *et al.*, 2005).

No mundo, nos últimos dois anos, o número de PVHIV e que estão em TARV aumentou cerca de um terço, chegando a 17 milhões (UNAIDS, 2017a). No Brasil, contudo, até 2015, em relação ao total de pessoas estimadas vivendo com HIV, apenas 87% estavam diagnosticadas, 60% em tratamento e 54% com carga viral (CV) suprimida (UNAIDS, 2017b).

Até meados de 2008, o documento do Consenso *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV* não recomendava o início da TARV para indivíduos assintomáticos com contagem de linfócitos com grupamento de diferenciação 4 (T CD4⁺) acima de 350 células/mm³, já que os benefícios não eram suficientemente claros para contrabalancear potenciais riscos dessa terapia. Posteriormente, em 2010, o Ministério da Saúde passou a recomendar o início da TARV para PVHIV assintomáticos com contagem de LT-CD4⁺ acima de 350 células/mm³ (BRASIL, 2008a, 2010).

Em 2013, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), passou a recomendar/oferecer a TARV a todas as PVHIV, independente da contagem de LT-CD4⁺, sendo o início do tratamento fortemente recomendado em pessoas assintomáticas, com contagem de LT-CD4⁺ menor ou igual 500 células/mm³. Ademais, passou-se também a recomendar o início mais precoce em casos com CV elevada (maior que 100.000 cópias/mm³) e com comorbidades associadas, tais como doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013). O Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente da contagem de LT-CD4⁺ e CV.

Atualmente, a recomendação de estimular o início imediato da TARV para todas as PVHIV, pode permitir uma redução da transmissibilidade deste vírus, reconstituição imune mais precoce e consequente redução da morbimortalidade. Esta recomendação foi baseada em estudos como o de Baker e Lundgren (2011), que demonstraram que a TARV, pela redução da reação inflamatória crônica, pode diminuir os riscos de complicações crônicas como as doenças cardiovasculares. Todavia, apesar do impacto clínico favorável, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de efeitos adversos ocasionados pelo uso da própria TARV, já que é um tratamento para toda a vida e que uma vez iniciado não deve ser interrompido (BRASIL, 2013).

Para Gir *et al.* (2005), para que os benefícios com a TARV sejam observados, assim como para evitar falha terapêutica e desenvolvimento de cepas virais resistentes aos ARV em uso, é fundamental que haja uma boa adesão à terapia por parte dos usuários.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão é definida como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, correspondem às recomendações acordadas com o provedor de cuidados de saúde. Quanto à adesão no seguimento das prescrições medicamentosas, Silva *et al.* (2009) a conceituam como a conduta do indivíduo ao seguir as prescrições médicas, quanto à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, ao tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos.

O critério de adesão aos ARV não tem uniformidade nos diferentes artigos publicados, tanto na literatura nacional como na internacional. Vários tipos de métodos para sua aferição e, conseqüentemente, várias definições de adesão têm sido adotados, sendo aceito como ponto de corte pela maioria dos autores o uso correto de pelo menos 80% das doses prescritas. Não há, porém, confiança suficiente se esse corte associa-se com parâmetros de melhora clínica e/ou laboratorial (BRITO *et al.*, 2006). Atualmente, estudos apontam o mínimo de 95% de ingestão dos medicamentos prescritos para assegurar inibição adequada da replicação viral (CARVALHO *et al.*, 2007).

Uma das dificuldades na prática clínica, na assistência às PVHIV, consiste em oferecer a TARV aos indivíduos assintomáticos, visto que estes podem se perceber menos vulneráveis a futuras complicações e, portanto, terem menor motivação para cumprir o tratamento recomendado (ACÚRCIO; GUIMARÃES 1999). Nos indivíduos assintomáticos, a não percepção da gravidade da doença tem sido identificada como um fator que pode levar ao sentimento de não necessidade da medicação. Esse fato foi observado por Singh *et al.* (1996) que relataram que, por outro lado, a presença de infecção oportunista era um preditor positivo da adesão à TARV.

Um estudo qualitativo realizado no Brasil, abordando a utilização de medicamentos por PVHIV, identificou como problema de adiamento terapêutico a recusa do cumprimento da prescrição inicial de TARV, devido à ausência de sinais e sintomas da doença (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1999). Outro estudo, desenvolvido com o objetivo de determinar os fatores associados à interrupção do uso da TARV, mostrou que indivíduos mais saudáveis tendem a utilizar menos os serviços de saúde, apresentando maior risco de abandonar essa terapia (RODRIGUES *et al.*, 2003).

As dificuldades de adesão dos pacientes à TARV são inúmeras e vão desde as complexidades inerentes ao tratamento, passando por contextos socioeconômicos desfavoráveis, aspectos psicossociais, até limitações do serviço de saúde prestado (SILVA *et al.*, 2014). Portanto, torna-se fundamental para um adequado planejamento do tratamento uma

análise precisa da adesão, identificando possíveis fatores associados à não adesão, e à qualidade da assistência ambulatorial prestada (GOMES *et al.*, 2009).

Para Brito *et al.* (2006), a não adesão à TARV é um problema ainda mais crítico entre os indivíduos com história de tratamento psiquiátrico ou em uso de drogas lícitas ou ilícitas, mesmo se o uso ocorreu até um ano antes de iniciar a TARV.

Uma baixa ou falta de adesão à TARV pode aumentar a probabilidade de resistência viral, proporcionando um tratamento com baixa perspectiva de controle da replicação do HIV, bem como a disseminação de um vírus multirresistente, o que limitaria as alternativas terapêuticas (ROSEMBLOOM *et al.*, 2012).

Alguns fatores têm sido apontados como facilitadores da adesão à TARV: os esquemas terapêuticos simplificados; a relação entre os profissionais de saúde com o paciente; e os grupos de adesão. A relação entre os profissionais de saúde com o paciente, reforçada pelo acolhimento, escuta ativa e vínculo, que compõem a integralidade da atenção, corroboram a compreensão do paciente sobre sua enfermidade e seu tratamento. Para Moraes *et al.* (2015), o conhecimento sobre o tratamento é um elemento fundamental a ser associado às estratégias de educação em saúde utilizadas pelos profissionais. E, para isso, a constituição de grupos de adesão, têm merecido especial destaque entre as estratégias para adesão à TARV (BRASIL, 2013; NEMES *et al.*, 2009).

Em virtude da inexistência de uma medida “padrão-ouro”, os estudiosos têm utilizado diferentes métodos e, conseqüentemente, diferentes definições para categorizar não adesão aos ARV. Ou seja, a adesão à TARV, pode ser aferida por método direto e indireto. No primeiro caso, temos a observação dos níveis séricos dos medicamentos ARV ou de seus metabólitos, e no método indireto, essa adesão é avaliada por meio de entrevistas, autorrelato do paciente, registros de dispensação da farmácia, prontuários médicos e contagem de pílulas (GOMES *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2015).

Jacques *et al.* (2014), em estudo realizado em um hospital público de referência no estado de Pernambuco, demonstraram que 24,34% dos pacientes não apresentam uma boa adesão à TARV. Silva *et al.* (2009a), com o objetivo de identificar fatores preditivos de não adesão à TARV, realizaram um estudo com 412 indivíduos infectados com HIV, atendidos em três hospitais públicos pernambucanos, e encontraram uma frequência semelhante de não adesão de 25,73%.

O acompanhamento da adesão à TARV deve ser constante, planejado e registrado, com envolvimento de todos os profissionais. As rotinas que o usuário vem adotando para a tomada da medicação, e suas dificuldades, devem ser investigadas e identificadas, o mais

precocemente possível, antes que aconteça a falha terapêutica. Nessa perspectiva, a atuação dos profissionais de saúde é fundamental para o sucesso da adesão à TARV e é imprescindível o envolvimento desses como corresponsáveis nesse processo (ABRÃO *et al.*, 2014).

Logo, recomenda-se que os profissionais que atuam nos serviços adotem métodos padronizados de abordar a adesão, como a elaboração de um *check list* sobre os fatores que dificultam a adesão, possibilitando assim um plano terapêutico, individualizado, que auxilie o seguimento correto de cada indivíduo. Ressalta-se que usuários em situação de maior vulnerabilidade merecem investigações mais frequentes, tais como aqueles em início de tratamento, com troca recente de esquema, com regimes muito complexos ou indivíduos de baixa escolaridade (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

Borges *et al.* (2012), vêm apontando que a adesão ao tratamento para o controle da morbimortalidade por Aids vem sendo prejudicada devido à dificuldade dos SAE em manter uma estrutura adequada para facilitar a adesão. Esses autores também apontam que os SAE têm utilizado um modelo de atenção com prioridade nos atendimentos centrados na individualização das ações, que não favorece a interação em equipe, contribuindo para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender à complexidade trazida pelos casos de Aids.

Os resultados da pesquisa desenvolvida por Abrão *et al.* (2014), em três SAE localizados em hospitais públicos na cidade do Recife, indicaram uma desarticulação entre os aspectos teóricos e práticos da assistência prestada às PVHIV, caracterizada no processo de trabalho tanto na deficiência da atenção interdisciplinar quanto na realização das ações previstas pelo Ministério da Saúde / Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV, Aids e Hepatites Virais.

Desta forma, conhecer os fatores que estão implicados na não adesão em um serviço de referência em Recife, sejam eles relacionados à estrutura ou ao funcionamento desse serviço especializado ou ao próprio indivíduo, pode trazer ferramentas para embasar ações que levem à melhoria das taxas de adesão, resultando, conseqüentemente, em uma redução da morbimortalidade por Aids, redução da emergência de cepas virais resistentes à TARV e da transmissão do HIV.

2. OBJETIVO GERAL

Determinar a taxa e os fatores contribuintes para a má adesão à terapia antirretroviral (TARV), em pessoas que vivem com HIV assistidos em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Recife – Pernambuco, de janeiro de 2000 a agosto de 2017.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Descrever as pessoas que vivem com HIV com má adesão à TARV, segundo características sócio demográficas, comportamentais, clínica, imunológica e virológica; e comparar a chance de má adesão a TARV entre os que iniciaram seu uso até 2015 e após esse ano;
- b) Caracterizar o SAE estudado segundo condições estruturais e organizacionais para promover adesão à TARV;
- c) Elaborar, com base nos resultados deste estudo, uma proposta de intervenção para melhorar a adesão à TARV nos pacientes do SAE estudado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Panorama da epidemia do HIV/Aids no Brasil

No Brasil, o primeiro caso de Aids foi registrado em 1982, na cidade de São Paulo, e, até junho de 2017, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV Aids do país, foram notificados 882.810 casos de Aids, sendo 576.245 (65,3%) em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017).

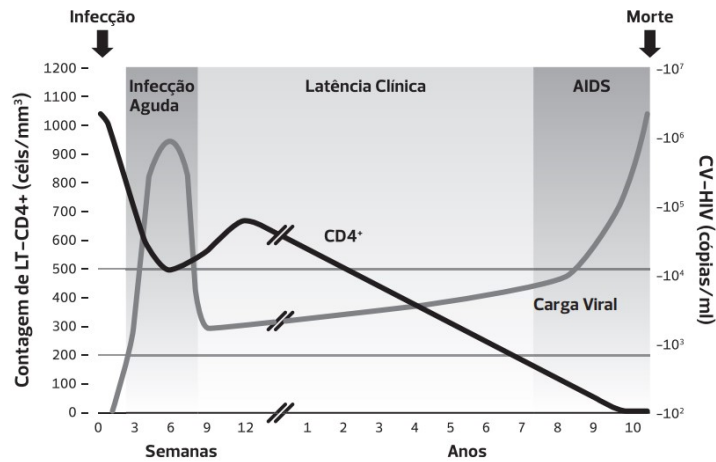
A Aids ainda representa um dos maiores problemas de saúde pública. Entre 2012 e 2016 foram registrados, anualmente no Brasil, uma média de 40 mil casos de Aids. Observando-se a epidemia por região, a Região Norte apresenta uma média de 4,2 mil casos ao ano; Nordeste, 8,8 mil; Sudeste, 16,3 mil; Sul, 8,5 mil; e Centro-Oeste, 2,8 mil. Os estados de Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas de detecção de Aids do país, com valores de 33,4 e 31,8 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (ABRÃO *et al.*, 2014; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017).

Desde o início da epidemia de Aids, até dezembro de 2016, foram identificados 316.088 óbitos por Aids no Brasil, sendo a maioria na região Sudeste (59,6%), seguida do Sul (17,6%), Nordeste (13,0%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,7%). Dados apontam uma redução significativa da mortalidade por Aids de 40% a 70%, no período de 1996 a 2005, consequência da oferta universal da TARV às PVHIV. Todavia, nos últimos 10 anos, apesar da queda nas taxas de mortalidade por Aids no país, tem-se observado que essa redução não tem ocorrido em todas as regiões. No período de 2015 a 2016 as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram, respectivamente, 3,8%, 5,6% e 4,3% de queda; e nas Regiões Norte e Nordeste os coeficientes, ao contrário, sofreram incremento, respectivamente, de 7,6% e 2,3%. A tendência de crescimento nessas regiões tem sido observada nos últimos dez anos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV Aids, 2017; SILVA *et al.*, 2014).

3.2 História Natural da Infecção pelo HIV

Na Figura 1, pode-se observar a história natural da infecção pelo HIV para a maioria dos infectados (fazem exceção um reduzido número (5 a 15%) de portadores do HIV-1, denominados *long-term nonprogressors* (LTNP)) (TIBÚRCIO, 2009).

Figura 1 - História natural da infecção pelo HIV



Fonte: Brasil (2017)

A infecção aguda ocorre nas primeiras semanas após a infecção pelo HIV. A viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo é altamente infectante (linha cinza). Inicialmente, ocorre queda importante da contagem de linfócitos T CD4⁺, com elevação em algumas semanas (após controle imunológico do indivíduo sobre o vírus), mas não há retorno aos níveis iniciais (linha preta). Na fase de latência clínica, o exame físico costuma ser normal, enquanto a contagem de linfócitos T CD4⁺ permanece acima de 350 células/mm³, e a ocorrência de infecções é semelhante às da população imunocompetente. O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor de Aids. Se a TARV não for instituída, inevitavelmente com o avanço da doença ao longo de um tempo variável, a depender de fatores intrínsecos de cada pessoa, o indivíduo evolui para a morte (BRASIL, 2017).

3.3 A era HAART e a adesão a terapia antirretroviral

Na década de 80, a Aids era descrita como condição grave e fatal, uma vez que se manifestava rapidamente depois do diagnóstico, não havendo tratamentos disponíveis e seu desfecho para óbito era rápido com altas taxas de mortalidade. A infecção pelo HIV foi redefinida como condição crônica a partir do surgimento e dos avanços da TARV e da disponibilização de marcadores laboratoriais, tais como os exames de contagens de linfócitos T CD4⁺ e quantificação da CV. As PVHIV passaram a ter alternativa às “sentenças de morte”

decretadas ao longo dos anos oitenta (ALENCAR *et al.*, 2008; BRASIL, 2013; NUNES, 2013).

No Brasil, o acesso à TARV foi o fator mais importante na mudança da história natural da infecção pelo HIV, diminuindo drasticamente a morbimortalidade por Aids (HOTTZ; SCHECHTER, 2012; JACQUES, *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2014).

Segundo dados de 2017, 490 mil pessoas estavam em uso de TARV no Brasil, sendo a terapia ofertada gratuitamente pelo SUS. Nesse ano, eram distribuídos pelo SUS 22 medicamentos ARV, divididos em cinco tipos: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, Inibidores de Protease, Inibidores de fusão e Inibidores da Integrase. O Brasil fabrica remédios anti-Aids desde 1993, tendo começado com a zidovudina, também chamada de AZT, estando atualmente em condições de produzir 11 ARV. Para o gerenciamento logístico desses medicamentos, em 1997 foi criado o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) ARV, com responsabilidades de gerenciamento compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal, com vistas ao abastecimento adequado da rede pública de saúde (COELHO, 2016; UNAIDS, 2017b).

Desde o surgimento dos primeiros esquemas ARV, buscou-se definir critérios para o início do tratamento com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, devido a evolução para Aids e óbito. O início mais precoce da TARV vem sendo demonstrado como a estratégia importante na redução da morbimortalidade em PVHIV, assim como da transmissão do HIV (BRASIL, 2013a).

Também é importante para obter impacto na redução de mortalidade investigar a existência de coinfeção tuberculose (TB)-HIV e tratar ambos os agravos. Ressalta-se, que não se recomenda o início concomitante. A TARV deve ser iniciada entre a 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento para TB. Recomenda-se o início da TARV na segunda semana em pacientes com níveis de LT- CD4⁺ < que 200 células /mm³ ou com sinais de imunodeficiência avançada (BRASIL, 2013b).

Após publicações de resultados de coortes que abordaram o momento mais adequado para iniciar o tratamento, em 2009 o Ministério da Saúde (MS) por meio do Comitê Assessor em Terapia Antirretroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV revisou e atualizou as recomendações, alterando os critérios de início da TARV. Esse Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas(PCDT) foi publicado em 2010, tornando mais precoce o início da TARV para indivíduos infectados pelo HIV que tivessem idade acima de 55 anos; coinfeção

com o vírus da hepatite B (HBV) e/ou vírus da hepatite C (HCV); risco cardiovascular elevado; presença de neoplasia mesmo não definidora de Aids; e CV > 100 mil cópias/ml (HALLAL *et al.*, 2010).

A ativação inflamatória persistente, característica da infecção pelo HIV, tem sido apontada como um fator que contribui para a elevação do risco de complicações crônicas, especialmente eventos cardiovasculares. Embora o papel dos ARV na redução da inflamação e dos eventos cardiovasculares ainda não esteja claro, a capacidade de restaurar e expandir as células T-CD4⁺ é menor entre pacientes que iniciam tratamento mais tardiamente. Baseado nesse fato, atualmente acredita-se que o início mais precoce da TARV, ou seja, em fases com maior capacidade de recuperação das células T-CD4⁺, esteja inversamente relacionado ao desenvolvimento de complicações crônicas (BAKER, 2011; BRASIL, 2013).

Também foi observado que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4⁺ acima de 500 células/mm³ e CV indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral. Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis mais elevados de LT-CD4⁺ (BRASIL, 2013).

Com a proposta de facilitar e contribuir para adesão à TARV, o Ministério da Saúde anunciou em 2013 a Dose Fixa Combinada (DFC) o chamado “3 em 1”, unindo as drogas Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFZ). A DFC teve sua implantação de forma gradativa e progressiva. Em junho de 2014, a DFC “3 em 1” foi distribuída para novos pacientes que iniciaram a TARV nos dois estados com a maior taxa de detecção do HIV, Rio Grande do Sul e Amazonas, posteriormente sendo disponibilizado para as pessoas que já estavam em tratamento. Em janeiro de 2015, passou a ser distribuída em todo o Brasil para pacientes novos que fossem iniciar a TARV, com as recomendações de que os pacientes que já estavam em uso desse esquema, continuariam a ter acesso aos medicamentos de forma separada. Posteriormente, ocorreu a distribuição para todo território nacional, abarcando pacientes novos e antigos (MAGALHÃES, 2016).

Com a decisão de se recomendar o início da TARV, independentemente da contagem de LT-CD4⁺, os indivíduos assintomáticos poderão ter dificuldade de adesão. Logo, essa decisão deve ser acompanhada do cuidado para evitar a não adesão, que culmina em falha terapêutica e, conseqüentemente, na necessidade de administrar esquemas de 2^a e 3^a linhas mais precocemente (GRECO, 2016). Ou seja, para que as PVHIV obtenham uma adequada efetividade do tratamento, é fundamental que uma boa adesão à TARV seja assegurada, evitando-se, assim, a falência do tratamento pelo surgimento de cepas virais resistentes devido

à utilização de doses subótimas ou de forma irregular. Para isso, é necessário um contínuo processo entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, fortalecendo a autonomia do usuário para o autocuidado (BRASIL, 2008b; GOMES *et al.*, 2009).

Para Casado *et al.* (2016), a percepção do paciente composta por uma série de aspectos individuais que inclui medos, crenças e conhecimentos das suas complexidades, influencia o risco de interrupção TARV.

Estão também entre os fatores de riscos para a não adesão à TARV, os relacionados aos serviços de saúde e ao suporte social, tais como a qualidade do cuidado; a relação dos usuários com os profissionais de saúde; sua percepção sobre a competência do profissional; a qualidade e a clareza da comunicação; a disposição dos profissionais em envolver o usuário em decisões referentes ao tratamento; a satisfação com a equipe e as informações adequadas sobre o tratamento e a gravidade dos efeitos colaterais. Pode citar como fatores que facilitam a adesão: o acesso ao serviço, a conveniência para agendar o retorno às consultas e aos procedimentos e o suporte social, como programas que provêm serviços ou incentivos como transporte, assistência aos filhos e reabilitação para dependentes químicos (COLOMBRINI *et al.*, 2006).

Ressalta-se, assim, que as ações de promoção da adesão à TARV é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo. Logo, ela transcende orientações para a simples ingestão de medicamentos, incluindo, conforme dito, o fortalecimento da PVHIV, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais, e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (BRASIL, 2008b). Portanto, é fundamental que as equipes de saúde reconheçam a má adesão como um fenômeno que deve ser observado sistematicamente em uma ação associada com o usuário, família e equipe multiprofissional, reconhecendo prontamente os fatores que interferem na adesão e buscando diminuir seus impactos sobre o tratamento, de forma a estreitar distâncias entre o paciente e a equipe de saúde, tornando a monitoração da adesão um processo saudável e bem-sucedido. Desta forma, cada usuário deve ser tratado considerando sua individualidade em prol de ter suas dificuldades identificadas e trabalhadas de acordo com suas necessidades (SILVA *et al.*, 2014).

A estratégia de “grupos de adesão” tem se mostrado muito eficiente na adesão à TARV, estratégia que consiste em uma abordagem prática de saúde que se fundamenta no

trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte. Sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemas individuais e/ou coletivos que estejam dificultando a adesão ao tratamento. Habitualmente, são grupos abertos e conduzidos por profissionais da própria equipe, nos quais o tema adesão ao tratamento é abordado, assim como nutrição e atividades físicas, além de outros temas de interesse. É uma ação de fácil execução podendo ser realizada em vários ambientes, inclusive ao ar livre (BRASIL, 2013).

Apesar da incontestável eficácia dos grupos de apoio coletivos na adesão à TARV, existem muitas dificuldades vivenciadas por algumas equipes dos SAE em se articularem de forma a oferecerem uma assistência integral e a desenvolverem um trabalho que vá além da multidisciplinaridade (BORGES, 2012).

Na perspectiva do paciente, uma boa adesão reduz o risco de falha virológica, aumenta a sobrevida, reduz o risco de progressão para Aids e o desenvolvimento de cepas virais resistentes, além de melhorar a qualidade de vida. Já na perspectiva da Saúde Pública, a adesão é potencialmente capaz de reduzir o risco da transmissão do HIV e de resistência aos medicamentos ARV (SILVA *et al.*, 2014).

De uma maneira geral, a literatura médica aponta que a não adesão aos cuidados de saúde é universal, ocorrendo em algum grau tanto em países ricos como em países pobres, mesmo para doenças que envolvem potenciais riscos de morte. Encontram-se relatos de que pelo menos 40% a 50% dos pacientes não têm adesão aos tratamentos de asma, diabetes, hipertensão arterial ou câncer (BRITO *et al.*, 2006).

Estudos indicam que, devido a uma alta e constante taxa de replicação e mutação do HIV, para a efetividade do tratamento, pelo menos 95% de adesão é necessária para manter a CV indetectável. Por essa razão, tem sido observado na literatura maior rigor na avaliação da adesão à TARV, passando-se a adotar, cada vez mais, o critério de uso de pelo menos 95% das doses prescritas da TARV (BONOLO *et al.*, 2007).

Contudo, não há uniformidade de critérios para conceituar a adesão aos ARV e, por conta disso, diferentes métodos são utilizados para estimar a não adesão, incluindo: autorrelato (entrevista estruturada), prontuário médico, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (GOMES *et al.*, 2009).

Bonolo *et al.* (2007) realizaram uma revisão de literatura sobre adesão à TARV, evidenciando em 52 artigos a utilização de variados métodos de medidas de adesão. Os mais utilizados para essa mensuração foram agrupados nas seguintes categorias: medidas subjetivas

(autorrelato por entrevista); medidas objetivas (contagem de pílulas, registro da dispensação da farmácia, uso do dispositivo eletrônico o *Medication Event Monitoring Systems* (MEMS) colocado na embalagem dos ARV, e a dosagem sérica); e a combinação de métodos.

A aplicação de questionários ou autorrelatos proporciona escuta e discussão acerca dos motivos e dificuldades relativas às doses perdidas, possibilitando buscar possíveis soluções para melhorar a adesão ao tratamento, porém são métodos que tendem a superestimar a medida de adesão à TARV, uma vez que parte dos pacientes podem não fornecer informações corretas sobre as drogas tomadas. Logo, esse método traz a necessidade de uma relação profissional-usuário pautada no acolhimento e no vínculo, permitindo que o paciente verbalize de modo franco e fidedigno sobre temas relativos ao seu tratamento e, conseqüentemente, não omita informações com receio de decepcionar ou desagradar os profissionais de saúde (BRITO *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2014).

Em relação à contagem do número de comprimidos, Hecht *et al.* (1998) apontam que o método não garante a fidedignidade, uma vez que os comprimidos podem ser descartados. Da mesma forma, o uso dos dispositivos eletrônicos para verificar o número de comprimidos usados podem ser manipulados.

Os marcadores biológicos do vírus e as dosagens de metabólitos das drogas são os critérios mais fidedignos para aferir a adesão, mas nem sempre estão disponíveis. Um dos meios de aferi-la, indiretamente, é a quantificação da CV (BRITO *et al.*, 2006).

A medida de adesão baseada nos registros de dispensação da farmácia (comparando a data esperada dos medicamentos da farmácia com a data de retirada), por ser um método simples e que utiliza um sistema padronizado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, torna-se um importante instrumento na identificação precoce dos pacientes em risco de não adesão (GOMES *et al.*, 2009).

Embora não seja possível afirmar se a medicação retirada da farmácia foi utilizada adequadamente, na quantidade prescrita e/ou nos horários definidos, acredita-se que os pacientes que buscam seus medicamentos na data certa tendem a tomá-los mais corretamente do que aqueles que atrasam até mesmo na retirada de seus medicamentos. Dessa forma, o comparecimento às datas agendadas na farmácia é indicativo da possibilidade de haver adesão real e constitui um método útil e rápido na identificação de indivíduos em risco de não adesão, com possibilidade de acompanhamento pelo serviço de assistência (BRITO *et al.*, 2006; SILVA, *et al.*, 2014).

3.4 Características estruturais e organizacionais do Serviço de Atenção Especializada

Diante da magnitude da Aids, o Ministério da Saúde definiu diretrizes para a organização da assistência às PVHIV, entre as quais a instalação de serviços atenção especializada (SAE). Criado em 1994, o SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que visa realizar ações de assistência, prevenção e tratamento para as PVHIV, por meio de equipes compostas por médico (clínico-geral ou infectologista), enfermeiro, assistente social, psicólogo, farmacêutico entre outros que poderão compor essa equipe. Recomenda-se, ainda, que o SAE conte com o apoio laboratorial e se relacione com as unidades básicas de saúde (ABRÃO *et al.*, 2014; NEMES *et al.*, 2004).

As atividades preconizadas para o SAE são embasadas nos cuidados de enfermagem, na orientação e no apoio psicológico, nos atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria, odontologia, controle e distribuição de ARV, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento (LT-CD4⁺ e CV), distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para adesão ao tratamento e aconselhamento para prevenção e controle de IST/Aids. Este último merece destaque devido à necessidade do indivíduo de receber o suporte emocional adequado para lidar melhor com essa nova condição e participar ativamente de seu processo terapêutico (ABRÃO *et al.*, 2014; VILLARINHO *et al.*, 2013).

Os SAE se configuram de forma muito heterogênea, possuindo as mais variadas situações institucionais, com diversos formatos estruturais e organizacionais da assistência, que vão desde serviços agregados a unidades básicas de saúde, ambulatórios estaduais em grandes hospitais ou em policlínicas, e serviços especializados exclusivamente dedicados à assistência às PVHIV, municipais, estaduais ou universitários. Além da heterogeneidade institucional, o número de pacientes acompanhados em cada serviço também é muito diverso, predominando serviços de pequenos e médios porte assistencial (NEMES *et al.*, 2004).

Nemes *et al.* (2009), evidenciaram que a qualidade do serviço é um elo central entre adesão e acesso. Esses autores, ao analisarem a associação entre a adesão e a complexidade dos serviços, viram que serviços de menor complexidade mostraram risco estimado de não adesão significativamente maior, bem como indicadores mais baixos de qualidade.

A interiorização da epidemia de Aids e a ampliação do acesso ao tratamento, verificada na década de 90, provocou rápida expansão dos SAE. Segundo o MS/ Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, em 1996 havia 33 serviços ambulatoriais cadastrados como SAE. Esse número cresceu para 145

em 1999, para 540 em 2001, e em 2010 já totalizavam 716 unidades (NEMES *et al.*, 2004; VILLARINHO *et al.*, 2013).

A rede de atenção às PVHIV no estado de Pernambuco é formada por 32 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e 37 SAE (Figura 2). Estão situados na capital Recife um CTA (gestão municipal) e 8 SAE (um de gestão municipal e sete de gestão estadual (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST AIDS, 2016).

Figura 2 - Serviço de Atenção Especializada (SAE) em IST/HIV/Aids, segundo município e Região de Saúde. Pernambuco, 2016.



Municípios

	Não possui SAE (148)
	Com 1 SAE (28)
	Com 9 SAE (09)

Fonte: Pernambuco (2016)

Borges *et al.* (2012), ao avaliarem alguns SAE em Pernambuco, apontaram que esses serviços apresentavam estrutura físico-funcional compatível com o que é preconizado nos documentos oficiais. No entanto, foram identificadas deficiências como a inexistência ou a designação de outra função ao espaço físico destinado à realização de atividades coletivas, como reuniões de equipe e atendimentos grupais aos usuários (grupos de adesão).

Assim, estudos sobre adesão fornecem muitas evidências que devem orientar a organização do serviço, entre as quais se destacam a oferta de alternativas diversificadas de atendimento, a flexibilidade de horário, o cuidado multidisciplinar, o estabelecimento de fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades e a priorização de grupos de maior risco de não adesão (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, Período e Local do Estudo

Para caracterizar o Serviço de Atenção Especializada (SAE) da Policlínica Lessa de Andrade (PLA), situada no município de Recife – Pernambuco, segundo condições estruturais e organizacionais para adesão à TARV foi realizado um estudo exploratório. Em seguida, fez-se um estudo do tipo corte transversal, com dados secundários coletados no SICLOM, nos prontuários dos pacientes e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), entre agosto e dezembro de 2017.

Segundo Gil (2017), pesquisas exploratórias tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, podendo-se afirmar que têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou intuições e a descrição das características de determinada população ou fenômeno, realizando o estabelecimento de relações entre variáveis.

Bonita (2010) salienta que os estudos transversais medem a prevalência de um fenômeno, sendo as medidas de exposição e efeito realizadas ao mesmo tempo, estando a questão-chave nesse tipo de delineamento, portanto, não permitir levantar saber se a exposição precede ou é consequência do efeito.

A PLA é uma unidade que realiza atendimentos apenas em regime ambulatorial. Desde o ano de 2000, essa Policlínica incorporou o SAE, sendo referência para assistir adultos com HIV e/ou outras IST.

4.2 População do estudo, critérios de inclusão e amostra

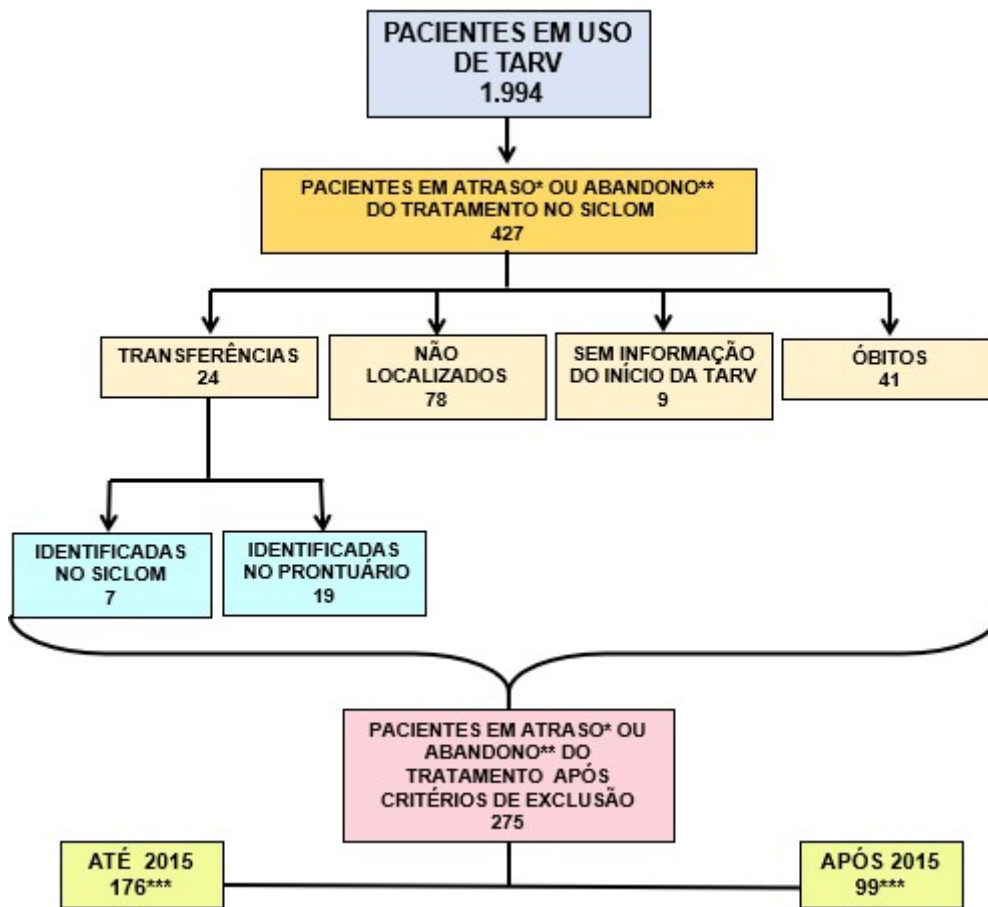
Em agosto de 2017, a partir do levantamento de dados no SICLOM, havia 1994 pacientes cadastrados no SAE da PLA que estavam em uso de TARV. Pelos registros do SICLOM, disponibilizados no relatório de atraso de dispensa de ARV, 427 pacientes estavam em atraso para retirada dos medicamentos. Foi considerado como atraso a não retirada pelo usuário dos medicamentos ARV por no mínimo sete dias da data prevista e como abandono de tratamento a não retirada dos medicamentos ARV a partir de três meses da data prevista (Universidade de São Paulo, 2017).

Após análise dos prontuários, 275 pacientes permaneceram na amostra. Os critérios de inclusão adotados foram: ter sido cadastrado no referido SAE até agosto de 2017; ter idade acima de 18 anos. Não foram incluídos para análise os casos que foram a óbito (dados

coletados no SIM), os transferidos para outros serviços, os casos cujo prontuário não foi localizado e aqueles sem registro de início de TARV no prontuário.

O fluxograma (Figura 3) permite observar o total de perdas, por critério de exclusão, permanecendo dos 427 pacientes iniciais em atraso/abandono de retirada da TARV apenas 275 como população deste estudo.

Figura 3 - Seleção da amostra deste estudo



Fonte: A autora

NOTAS:

* Atraso: não retirada pelo usuário dos medicamentos ARV por no mínimo sete dias da data prevista

** Abandono: não retirada dos medicamentos ARV a partir de três meses da data prevista

***2015 ano em que a introdução da TARV recomendada para todos os indivíduos com infecção pelo HIV, independente dos níveis de Linfócitos T CD4⁺ e CV passou a ser utilizada em todo território nacional.

LEGENDA: TARV: Terapia Antiretroviral; SICLOM: Sistema de Informação e Controle Logístico de Medicamentos para Aids

4.3 Fontes, procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Conforme dito, foi realizado um estudo exploratório, para caracterizar o SAE estudado segundo condições estruturais e organizacionais para adesão à TARV. Para isso foi utilizado o Instrumento de Observação de Campo (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora a partir do Questionário Qualiaids, contido no sistema de avaliação da qualidade organizacional dos serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial a PVHIV (Universidade de São Paulo, 2017).

Além das condições estruturais e organizacionais foi observado o fluxo de funcionamento do serviço para favorecer a adesão à TARV, verificando se as recomendações do PCDT, em relação à adesão à TARV, estavam sendo cumpridas adequadamente.

As características demográficas, comportamentais, clínicas e imunológicas foram coletadas nos prontuários, utilizando-se um formulário elaborado como instrumento de coleta (Apêndice B).

Conforme demonstrado na figura 3, a amostra foi dividida em 2 grupos: os que iniciaram a TARV até 2015 e os que iniciaram a TARV após esse ano, considerando-se estes dois períodos como variável dependente. Esse critério foi utilizado em virtude de ter havido mudanças significativas no PCDT da infecção pelo HIV nesse ano (BRASIL, 2015). Ou seja, até 2015, a introdução da TARV era norteadas pelos níveis de LT-CD4⁺ e CV, após esse ano, a TARV passou a ser recomendada para todas as PVHIV, independente dos níveis de LT-CD4⁺ e CV. Neste estudo, este último período foi considerado o de maior vulnerabilidade para má adesão ou abandono de tratamento, tendo em vista que os pacientes assintomáticos são mais propensos a má adesão/abandono de tratamento, e o fato do número de profissionais que “trabalham o paciente para boa adesão à TARV” não ter sido aumentado após a mudança do protocolo, que de um momento para o outro passou a ser a totalidade das PVHIV diagnosticadas assistidas no referido SAE.

Os dados obtidos dos prontuários foram complementados com dados secundários do SICLOM, (fazendo-se a conferência da retirada de medicamentos ARV) e do SIM (para identificar/confirmar casos que foram à óbito).

4.4 Análise dos Dados

A partir da coleta nos prontuários dos pacientes foi possível incluir neste estudo 17 variáveis independentes. No Quadro 1 pode-se observar essas variáveis segundo condição de vulnerabilidade, com as respectivas justificativas.

Os resultados foram apresentados em frequência absoluta e relativa, utilizando-se o programa da *Microsoft Excel* versão 2016.

As análises bivariadas e multivariadas, segundo período de início da TARV(até 2015 e após 2015) e as variáveis independentes selecionadas foram realizada com o *Software Statistical Package for Social Science (SPSS) for windows*, versão 12.0, obtendo-se as razões de chances (*Odds Ratio – OR*) com os correspondentes intervalos de confiança no nível de 95%, com o valor p correspondente no nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Foram consideradas para análise multivariada as variáveis que obtiveram um p-valor menor ou igual a 0.25 (HOSMER; LEMESHOW, 2005). Para regressão multivariada, foi utilizado o método *forward para seleção das variáveis*, o qual é um dos mais frequentemente utilizados, onde as variáveis clínicas ou estatisticamente relevantes (com p valor significativos), são subselecionadas e vão sendo acrescentadas na análise em uma sequência definida (LUIZ, 2009). As demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Quadro 1 - Variáveis independentes utilizadas na análise das PVHIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV) em um Serviço de Assistência Especializada , segundo sua maior condição de vulnerabilidade e justificativa

(continua)

Variáveis Independentes	Menor vulnerabilidade	Maior vulnerabilidade	Justificativa para maior vulnerabilidade
Idade	30 a 50 anos	< 30	Adolescentes e jovens são mais propensos a não reconhecerem a importância do tratamento para a infecção pelo HIV. Ao vivenciarem uma fase de mudanças e busca de identidade, associado a um contexto de uma doença crônica estigmatizante, frequentemente associada ao preconceito e à discriminação social, a gestão cotidiana do tratamento torna-se difícil (BRASIL, 2006; MURPHY <i>et al.</i> , 2003).
Sexo	Masculino	Feminino	O fato das mulheres administrarem as rotinas familiares e os cuidados com as crianças, dificultam o auto-cuidado (ROMEU, 2012).
Raça/Cor	Branca	Não branca	Condições sociais desfavoráveis e baixa escolaridade predominam entre os não brancos, o que dificulta a compreensão da doença e seu tratamento. Alguns autores ressaltam que a maior parcela da população negra e parda está ligada à pobreza e que este grupo é atendido predominantemente no SUS. Apesar de terem o mesmo acesso aos medicamentos que os brancos, a baixa renda familiar que pode chegar a situações de extrema pobreza, traz dificuldades de acesso ao tratamento, o que pode ocasionar prejuízo para se viver com HIV, repercutindo negativamente na qualidade de vida e na adesão à TARV (GALVÃO <i>et al.</i> , 2015; SANTOS, 2016)
Escolaridade	Alta (Níveis Médio e Superior)	Sem/Baixa (até Nível Fundamental ou seja, oito anos de estudo)	Pessoas com menor escolaridade apresentam menor acesso às informações e maior dificuldade de compreender as orientações sobre o tratamento bem como os prejuízos acarretados pela não adesão à TARV(GALVÃO <i>et al.</i> , 2015).

Quadro 1 - Variáveis independentes utilizadas na análise das PVHIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV) em um Serviço de Assistência Especializada, segundo sua maior condição de vulnerabilidade e justificativa

(continuação)

Variáveis Independentes	Menor vulnerabilidade	Maior vulnerabilidade	Justificativa para maior vulnerabilidade
Situação conjugal	Com parceiro	Sem parceiro	Não ter parceiro fixo geralmente denota estar menos protegido(a) financeiramente, socialmente e emocionalmente. PVHIV e que tem estabilidade de parceiro demonstram melhores índices de qualidade de vida relacionados ao apoio social satisfatório (MUTABAZI-MWESIGIRE, et al., 2014).
Orientação sexual	Heteroafetivo	Homoafetivo	A presença de sentimentos como medo e ansiedade, associados ao estigma e à diminuição do apoio social afetam negativamente a qualidade de vida de pessoas não-heteroafetivos vivendo com HIV, diminuindo a adesão à TARV (OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017; TERTO Jr, 2002).
Uso de Alcool	Não	Sim	O uso problemático de álcool contribui para uma dificuldade na adesão a terapias em geral, pois altera domínios da qualidade de vida que são imprescindíveis para qualquer tratamento de doenças crônicas. Especialmente quanto à adesão à TARV, geralmente indivíduos alcoolistas têm menos suporte social, seguem menos os agendamentos, utilizam frequentemente serviços de emergência e estão mais sujeitos a comorbidades clínicas e psiquiátricas (REGO <i>et al.</i> , 2011; SANTOS <i>et al.</i> , 2016).
Uso de Tabaco	Não	Sim	O uso de tabaco tem demonstrado contribuir para uma dificuldade na adesão ao regime terapêutico. Pacientes que fumam cronicamente e são dependentes do tabaco tendem a apresentar níveis mais baixos de adesão à TARV e geralmente mais sintomas de depressão e ansiedade do que aqueles que não fazem uso de tabaco (NHUNG <i>et al.</i> , 2016).
Uso de Drogas Ilícitas	Não	Sim	O uso problemático de drogas ilícitas influencia negativamente o sujeito em sua tomada de decisão em relação à terapia e compromete a adesão (SOUZA FILHO <i>et al.</i> , 2012).
Tempo de Diagnóstico	>10 anos	<5 anos	Quanto menor o tempo de diagnóstico, maiores as chances de não adesão à TARV. É possível que as PVHIV no primeiro ano de tratamento tenham apresentado prejuízos na qualidade de vida e na adesão por estarem se adaptando a uma nova condição de vida (GALVÃO <i>et al.</i> , 2015).
História de Comorbidades	Não	Sim	A presença de outros agravos ou comorbidades influencia na baixa adesão à TARV. A maior consequência inevitável da presença de outras doenças ou comorbidades associadas à infecção pelo HIV é a prescrição de múltiplas medicações, levando ao aumento das dificuldades em seguir as recomendações, pior qualidade de vida e aumento dos custos com a saúde (GUARALDI <i>et al.</i> , 2016; HASSE <i>et al.</i> , 2011).
Condição Clínica Inicial	Sintomático	Assintomático	Nos indivíduos assintomáticos, a não percepção da gravidade da doença tem sido identificada como um fator que pode levar ao sentimento de não necessidade da medicação. Tomar medicamentos implica perceber-se ou sentir-se doente, o que nem sempre ocorre com a pessoa assintomática (ROMEU, 2012).

Quadro 1 - Variáveis independentes utilizadas na análise das PVHIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV) em um Serviço de Assistência Especializada, segundo sua maior condição de vulnerabilidade e justificativa

Variáveis Independentes	Menor vulnerabilidade	Maior vulnerabilidade	(conclusão) Justificativa para maior vulnerabilidade
Uso de outros medicamentos	Não	Sim	O uso de vários medicamentos associados aos ARV tem sido implicado como fator de menor adesão à TARV. A ocorrência de interações de drogas com drogas, toxicidade e disfunções, como a renal, dentre outras, tem acarretado em inúmeras dificuldades para o paciente que necessita usar outros medicamentos associados aos ARV. Estratégias e novas drogas visando otimizar a comodidade posológica e as interações medicamentosas tem sido buscadas para minimizar este problema, contudo, ainda permanecem mais vulneráveis à não adesão à TARV aqueles que fazem uso de múltiplas medicações (GUARALDI <i>et al.</i> , 2016; HASSE <i>et al.</i> , 2008).
Fez mais de um esquema ARV	Sim	Não	Apesar de pacientes multiexperimentados (que já utilizaram vários esquemas de ARV) terem como motivo da troca frequentemente a não adesão, estudos apontam que existe uma maior dificuldade de adesão à TARV para os pacientes que estão iniciando o primeiro esquema. Apesar dos esquemas de ARV utilizados atualmente serem mais bem tolerados, com menos reações adversas, o grupo que está iniciando terapia podem chegar ao abandono principalmente por não aceitação da doença, que gera transtornos emocionais e hipervalorização de reações adversas, portanto esse grupo estaria mais vulnerável à não adesão. Quanto mais precoce a detecção do problema relacionado à adesão, menores as chances de má adesão ou abandono da TARV (LIMA, 2012; SILVA, 2015).
Níveis iniciais de Linfócitos T-CD4+	< 500 cel.mm ³	≥ 500 cel.mm ³	Os indivíduos com contagem de LT-CD4 ⁺ maior que 500 células/mm ³ possuem uma maior chance de abandono da TARV. Quando a condição imunológica não tem repercussões clínicas gera a falsa impressão de que o indivíduo não precisa se tratar e conseqüentemente, diminuem o auto cuidado (TROMBINI, SCHERMANN, 2010).
Último registro da CV	≤ 50 cópias/mL	> 50 cópias/mL	Altos níveis de CV sugerem má adesão à TARV. Considera-se que para manter a CV indetectável (ou seja: ≤ 50 cópias/mL), seja necessária uma adesão de 95% dos ARV (MORAES <i>et al.</i> , 2014).
Teve acompanhamento psicológico	Sim	Não	O apoio psicológico à pessoa vivendo com o HIV é um importante instrumento para melhorar a adesão. É fundamental reconhecer e trabalhar os diferentes transtornos psicológicos pelos quais passam a PVHIV, que vão desde o choque, associado ao impacto do diagnóstico, o medo, a ansiedade, às vezes associada à depressão, raiva, frustração, culpa, dentre outros sentimentos, que são individuais e perpassam pela aceitação e resiliência para o enfrentamento da doença e terão impacto direto na adesão à TARV (GASPAR <i>et al.</i> , 2011; REMOR, 1997).

Fonte: A autora.

LEGENDA: ARV: antirretrovirais; CV: Carga Viral; HIV: Virus da Imunodeficiência Humana; TARV: terapia antirretroviral; LT-CD4+: Linfócitos com Grupamento de Diferenciação 4

4.5 Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado segundo os preceitos éticos definidos na resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 466/12 e submetido ao do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) / Fiocruz – PE. Foi aprovado em 17/07/2017, parecer número 2.174.772 e CAAE 70463717.6.0000.5190 (Anexo B).

Os bancos de dados secundários foram acessados mediante carta de anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Todas as informações obtidas por meio dos bancos de dados secundários foram mantidas em acervo de acesso exclusivo da pesquisadora, resguardados os princípios da confidencialidade e sigilo e utilizadas exclusivamente para fins científicos. Os dados primários foram coletados dos prontuários mediante anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (Anexo A). Por ocasião das análises foi manuseada uma cópia do banco, sem identificação dos participantes.

5 RESULTADOS

5.1 Taxas e fatores contribuintes de má adesão à TARV

Do total de 1.994 pacientes cadastrados no SAE sede deste estudo, e em uso de TARV, 427 estavam em atraso ou haviam abandonado o tratamento (levantamento no SICLOM), o que representa uma taxa de má adesão de 21,4% (Figura 3).

Na Tabela 1 pode-se observar que a “falta às consultas médicas” e a “má adesão aos ARV” não estavam registradas, respectivamente, em 47,6% e 48,0% dos prontuários médicos avaliados das PVHIV com má adesão à TARV; e que a proporção de não registro foi bem mais elevada após 2015, tanto no registro de “falta às consultas médicas” (de 40,3% até 2015 passa para 60,6% após 2015 – aumento de 50,2%) quanto no registro da “má adesão aos ARV” (de 38,6% passa para 64,6% – aumento de 67,3%).

Tabela 1 Portadores de HIV por período de início da terapia antirretroviral (TARV), segundo falta às consultas médicas e má adesão à essa terapia. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis no Prontuário médico	Período				TOTAL	
	Até 2015		Após 2015		N	%
	N	%	N	%		
Registro de falta às consultas médicas						
Sim	105	59,66	39	39,39	144	52,36
Não	71	40,34	60	60,61	131	47,64
Registro de má adesão aos ARV*						
Sim	108	61,36	35	35,36	143	52,00
Não	68	38,64	64	64,64	132	48,00
TOTAL	176	100	99	100	275	100

Fonte: A autora

* Foi considerada má adesão a não retirada dos ARV pelo usuário por, no mínimo, sete dias da data aprazada.

Na Tabela 2 tem-se a distribuição das PVHIV com má adesão à TARV, por período de início dessa terapia, segundo características socio demográficas e comportamentais.

Conforme pode ser observado, 58,2% tinham de 30 a 50 anos de idade, 68,0% são do sexo masculino, e dos 65,8% com situação conjugal informada no prontuário médico, 38,5% não possuía parceiro fixo. A análise das variáveis raça/cor e escolaridade foi prejudicada devido a elevada proporção de não registro nos prontuários médicos.

Quanto as características comportamentais, considerando as informações disponíveis nos prontuários, 56,6% (115 de 203) são heterossexuais; 60,6% (109 de 180) eram etilistas; 36,3% (61 de 168) eram tabagistas e 32,1% (34 de 106) usavam drogas ilícitas. Conforme se pode observar, a proporção de prontuários sem informação foi bastante elevada, sendo a

orientação sexual a menos mal informada (26,2%) e o uso de droga ilícita a mais mal informada (61,4%).

Tabela 2 Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV), por período de início dessa terapia e segundo características sócio demográficas e comportamentais. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis	Período				TOTAL	
	Até 2015		Após 2015		N	%
	N	%	N	%		
Idade						
18 a 29	22	12,50	44	44,44	66	24,00
30 a 39	57	32,39	25	25,25	82	29,82
40 a 49	58	32,95	20	20,20	78	28,36
50 a 59	32	18,18	7	7,07	39	14,18
≥ 60 anos	7	3,98	3	3,03	10	3,64
Sexo						
Masculino	126	71,59	61	61,62	187	68,00
Feminino	50	28,41	38	38,38	88	32,00
Raça/Cor						
Parda	4	2,27	5	5,05	9	3,27
Preta	1	0,57	0	0	1	0,36
Branca	2	1,14	2	2,02	4	1,45
Sem informação	169	96,02	92	92,93	261	94,91
Escolaridade						
Sem ou Baixa:						
Analfabetismo	2	1,13	1	1,01	3	1,09
Nív Fundamental	21	11,93	17	17,17	38	13,82
Alta:						
Nível Médio	22	12,05	18	18,18	40	14,55
Nível Superior	10	5,68	12	12,12	22	8,00
Sem informação	121	68,75	51	51,51	172	62,55
Situação conjugal						
Sem parceiro:						
Solteira	53	30,11	43	43,43	96	34,91
Divorciada	1	0,56	1	1,01	2	0,73
Viúva	6	3,40	2	2,02	8	2,91
Com parceiro:						
Casada	21	11,93	7	7,07	28	10,18
União Estável	28	15,90	19	19,19	47	17,09
Sem informação	67	38,06	27	27,27	94	34,18
Orientação sexual						
Bissexual	17	9,66	6	6,06	23	8,36
Homossexual	34	19,32	31	31,31	65	23,64
Heterossexual	75	42,61	40	40,40	115	41,82
Sem informação	50	28,41	22	22,22	72	26,18
Uso de Álcool						
Sim	61	34,66	48	48,48	109	39,64
Não	43	24,43	28	28,28	71	25,82
Sem informação	72	40,91	23	23,23	95	34,55
Uso de Tabaco						
Sim	33	18,75	28	28,28	61	22,18
Não	66	37,50	41	41,41	107	38,91
Sem informação	77	43,75	30	30,30	107	38,91
Uso de Drogas Ilícitas						
Sim	13	7,39	21	21,21	34	12,36
Não	51	28,98	21	21,21	72	26,18
Sem informação	112	63,64	57	57,58	169	61,45
TOTAL	176	100	99	100	275	100

Fonte: A autora

Tem-se na Tabela 3 a proporção de PVHIV com má adesão à TARV, por período de início dessa terapia, segundo características clínicas.

Considerando os prontuários com registros disponíveis, quanto ao tempo de diagnóstico do HIV e a condição clínica no início da TARV, tem-se respectivamente, que 53,8% (141 de 262) tinham menos de cinco anos do diagnóstico; e 39,7% (94 de 237) já chegaram ao SAE sintomáticos. Quanto a proporção de PVHIV com história de comorbidade e uso de outros medicamentos, tem-se, respectivamente, 26,5% (57 de 215) e 33,0% (62 de 188). Com relação ao uso de mais de um esquema ARV 33,7% (89 de 264) havia usado. E quanto a condição imunológica e virológica 72,3% (180 de 249) possuíam níveis de Linfócitos T-CD4⁺ < 500 células/mm³ e 40,1% (89 de 222) possuíam níveis de CV > 50 cópias/mL. Do total de portadores analisados 57 (20,7%) haviam sido acompanhados pelo psicólogo.

Tabela 3: Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV), por período de início dessa terapia e segundo características clínicas. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis	Período				TOTAL	
	Até 2015		Após 2015		N	%
	N	%	N	%		
Tempo de Diagnóstico						
> 10 anos	60	34,09	3	3,03	63	22,91
> 5 a 10 anos	53	30,11	5	5,05	58	21,09
≥ 1 a 5 anos	55	31,25	68	68,69	123	44,73
< 1 ano	1	0,57	17	17,17	18	6,55
Sem informação	7	3,98	6	6,06	13	4,73
História de Comorbidades						
Sim	40	22,73	17	17,17	57	20,73
Não	93	52,84	65	65,66	158	57,45
Sem informação	43	24,43	17	17,17	60	21,82
Uso de outros medicamentos						
Sim	44	25,00	18	18,18	62	22,55
Não	68	38,64	58	58,59	126	45,82
Sem informação	64	36,36	23	23,23	87	31,64
Condição clínica (no início da TARV)						
Assintomático	82	46,59	61	61,62	143	52,00
Sintomático	65	36,93	29	29,29	94	34,18
Sem informação	29	16,48	9	9,09	38	13,82
Uso de mais de um esquema ARV						
Sim	76	43,18	13	13,13	89	32,36
Não	91	51,70	84	84,85	175	63,64
Sem informação	9	5,11	2	2,02	11	4,00
Níveis de Linfócitos T-CD4+ (no início da TARV)						
≥500 cél./ mm ³	27	15,34	42	42,42	69	25,09
<500 cél./mm ³	134	76,14	46	46,47	180	65,45
Sem informação	15	8,52	11	11,11	26	9,45

(continua)

Variáveis	(conclusão)					
	Período				TOTAL	
	Até 2015		Após 2015		N	%
	N	%	N	%	N	%
Níveis de CV (último registro no prontuário)						
<50 cópias/mL	93	52,84	40	40,40	133	48,36
>50 cópias/mL	60	34,09	29	29,29	89	32,36
Sem informação	23	13,06	30	30,30	53	19,27
Teve ou tem acompanhamento psicológico						
Sim	38	21,59	19	19,19	57	20,73
Não	138	78,41	80	80,81	218	79,27
TOTAL	176	100	99	100	275	100

Fonte: A autora

A análise bivariada das características sócio demográficas e comportamentais, por período de início da TARV, está demonstrada na Tabela 4.

Obtiveram significância estatística, as PVHIV que iniciaram a TARV após 2015, e que, respectivamente, tinham menos de 30 anos de idade (p-valor = 0,0000) e eram usuárias de drogas ilícitas (p-valor = 0,0036). As chances de má adesão à TARV foram maior respectivamente, 5,11 vezes e 5,29 vezes, quando comparado com as PVHIV que iniciaram a TARV até 2015, com idade entre 30 a 50 anos e que não eram usuárias de drogas ilícitas.

Tabela 4 Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Análise bivariada por período de início dessa terapia e segundo características sócio demográficas e comportamentais. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis	Período			OR	IC 95%	p-valor
	Após 2015	Até 2015				
Idade						
< 30	44	22	5,11	2,79-9,61	0,0000	
30 a 50	45	115	1,00			
> 50	10	39	0,66	0,29-1,38	0,2854	
Sexo						
Feminino	38	50	1,57	0,93-2,64	0,0898	
Masculino	61	126	1,00			
Situação conjugal						
Sem parceiro	46	60	1,44	0,79-2,68	0,2380	
Com parceiro	26	49	1,00			
Orientação sexual						
Homossexual	31	34	1,71	0,92-3,18	0,0899	
Bissexual	6	17	0,66	0,24-1,17	0,4215	
Heterossexual	40	75	1,00			
Uso de Álcool						
Sim	48	61	1,21	0,66-2,23	0,5416	
Não	28	43	1,00			
Uso de Tabaco						
Sim	28	33	1,37	0,72-2,59	0,3372	
Não	41	66	1,00			
Uso de Drogas Ilícitas						
Sim	13	5	5,29	1,81-17,81	0,0036	
Não	29	59	1,00			

Fonte: A autora

A análise bivariada das condições clínicas das PVHIV, por período de início da TARV, encontra-se na Tabela 5.

Obtiveram significância estatística, as PVHIV que iniciaram a TARV após 2015, que tinham menos que 5 anos do diagnóstico do HIV (p-valor = 0,0000), que faziam uso de outros medicamentos (p-valor = 0,0269); que não haviam usado mais de um esquema ARV (p-valor = 0,0000); e que possuíam níveis de linfócitos T-CD4⁺, no momento da introdução dessa terapia, ≥ 500 cél./mm³ (p-valor = 0,0000).

As chances de má adesão à TARV foram maior, respectivamente, 16,09 vezes; 0,48 vezes; 5,40 vezes e 4,53 vezes, quando comparado com as PVHIV que iniciaram a TARV até 2015, com 5 a 10 anos do diagnóstico do HIV; que não faziam uso de outros medicamentos; que haviam usado mais de um esquema ARV; e que possuíam níveis de linfócitos T-CD4⁺ < 500 cél./mm³.

Tabela 5: Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Análise bivariada por período de início dessa terapia e segundo características clínicas. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis	Período		OR	IC 95%	p-valor
	Após 2015	Até 2015			
Tempo de Diagnóstico					
< 5 anos	85	56	16,09	6,60-48,40	0,0000
5 a 10 anos	5	53	1,00		
> 10 anos	3	60	0,53	0,10-2,26	0,3999
Condição clínica (no início da TARV)					
Assintomático	61	82	1,67	0,97-2,91	0,0680
Sintomático	29	65	1,00		
História de comorbidades					
Sim	17	40	0,61	0,31-1,15	0,1336
Não	65	93	1,00		
Uso de outros medicamentos					
Sim	18	44	0,48	0,25-0,91	0,0269
Não	58	68	1,00		
Uso de mais de um esquema ARV					
Não	84	91	5,40	2,87-10,82	0,0000
Sim	13	76	1,00		
Níveis de Linfócitos T-CD4+ (no início da TARV)					
≥ 500 cél./mm ³	42	27	4,53	2,53-8,24	0,0000
< 500 cél./mm ³	46	134	1,00		
Níveis de CV (último registro no prontuário)					
> 50 cópias/mL	29	60	1,12	0,62-1,99	0,6923
≤ 50 cópias/mL	40	93	1,00		
Teve ou tem acompanhamento psicológico					
Não	80	138	1,16	0,63-2,18	0,6377
Sim	19	38	1,00		

Fonte: A autora

Na tabela 6, têm-se os resultados da análise multivariada realizada com as seis variáveis que na análise bivariada obtiveram significância estatística. Nessa etapa três

permaneceram com significância estatística: o tempo de diagnóstico do HIV menor que cinco anos (p-valor = 0,0000); os níveis de linfócitos T-CD4⁺ (no momento da introdução da TARV) ≥ 500 cél./mm³ (p-valor = 0,0104); e as PVHIV que não haviam usado mais de um esquema ARV (p-valor = 0,0164).

As chances de má adesão à TARV foram maior, respectivamente, 19,93 vezes; 2,54 vezes; e 2,76 vezes, quando comparado com as PVHIV que iniciaram a TARV até 2015, com tempo de diagnóstico do HIV entre 5 e 10 anos, com níveis de linfócitos T-CD4⁺ (no início da TARV) < 500 cél./mm³, e que haviam usado mais de um esquema ARV.

Tabela 6: Portadores de HIV com falha de adesão à terapia antirretroviral (TARV). Resultados da regressão logística multivariada. Serviço de Assistência Especializada de Recife-Pernambuco

Variáveis	OR	IC 95%	p-valor
Tempo de Diagnóstico (5-10 anos)			
< 5 anos	12,93	4,75-45,53	0,0000
> 10 anos	0,79	0,15-3,83	0,7636
Níveis de Linfócitos T-CD4+ (no início da TARV < 500 cél./mm³)			
≥ 500 cél./mm ³	2,54	1,25-5,26	0,0104
Uso de mais de um esquema ARV (Sim)			
Não	2,76	1,22-6,50	0,0164

Fonte: A autora

5.2 Condições estruturais e organizacionais do SAE para adesão à TARV

Os resultados referentes à caracterização do SAE estudado serão apresentados em cinco dimensões: a) acolhimento e organização geral da assistência; b) formas de encaminhamento para outros serviços da rede (referência e contrarreferência); c) realização de atividades de adesão à TARV e de busca ativa de faltosos ao seguimento; d) infraestrutura básica e para as atividades de adesão à TARV (disponibilidade de salas para esse atendimento); e e) coordenação do trabalho. No Quadro 2 tem-se a equipe de profissionais, por categoria com suas respectivas funções.

Na dimensão “acolhimento e organização geral da assistência” foi evidenciado, a partir da observação de campo e/ou por meio da resposta dos profissionais ao “Instrumento para caracterizar o SAE”, que o serviço está aberto ao público cinco dias por semana, nove horas por dia. Ao chegar ao SAE o usuário é dirigido ao setor administrativo para abertura do prontuário, marcação dos exames laboratoriais, incluindo contagem de LT-CD4⁺ e CV, agendado consulta com o infectologista e encaminhado o usuário para acolhimento com

profissional de nível superior da equipe multiprofissional (enfermeiro ou assistente social ou psicólogo).

Diariamente a partir das 08h30 são ofertadas vinte vagas para coleta de exames laboratoriais. A coleta é iniciada após o atendimento dos demais usuários da policlínica onde o SAE está inserido. Os exames laboratoriais para contagem de LT-CD4⁺ e CV são colhidos de segunda a quinta feira, pela manhã. Quando no acolhimento é identificada a necessidade de antecipar a consulta com o infectologista, tanto a(o) enfermeiro(a) quanto o(a) assistente social ou o(a) psicólogo(a) tem autonomia para isso. Entre o primeiro atendimento e a primeira consulta médica o intervalo é de aproximadamente um a dois meses.

Nas consultas com o(a) enfermeiro(a), os seguintes procedimentos são realizados: verificação de queixas agudas e de prioridades de atendimento; fornecimento de preservativos; reforço das orientações sobre o uso correto do preservativo; verificação da adesão à TARV; e investigação de efeitos adversos aos ARV. Não existe uma ficha padronizada para a consulta de enfermagem.

A observação de campo permitiu verificar: que nem todos os turnos da semana contam com o assistente social (atende apenas à tarde) nem com o psicólogo (atende um turno pela manhã e quatro à tarde) e que uma das duas enfermeiras disponíveis, e que trabalha no turno da manhã (turno de maior movimento no SAE), ocupa também a função de gerente do SAE. O setor administrativo não fecha para o almoço, possibilitando o usuário que chega nesse horário ser acolhido tão logo inicie o turno da tarde, ou em dia posterior de sua preferência.

Durante a primeira consulta com o infectologista os resultados dos exames laboratoriais são vistos, se realiza exame clínico e avaliação de gravidade clínica, a solicitação de novos exames laboratoriais, se necessário, e a prescrição da TARV. Apesar de não existir uma ficha padronizada, estão dentre as investigações/recomendações: investigação da categoria de exposição; oferta de preservativos e gel lubrificante; orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção; investigação e orientação sobre parceria sexual; investigação sobre o tempo de diagnóstico; discussão sobre o significado do diagnóstico e repercussões para a vida cotidiana; identificação de condições de vulnerabilidade social e individual; uso anterior de ARV; orientação sobre benefícios do início precoce da terapia ARV; e identificação do paciente pelo nome social. Geralmente os que iniciam ou que trocaram o esquema da TARV retornam ao infectologista 30 dias após. São agendados 10 atendimentos por turno para cada infectologista, sendo um reservado para atendimentos extras, relacionadas às intercorrências clínicas (pacientes antigos e/ou recém-admitidos no SAE), ou de abandono do tratamento. Os pacientes são atendidos por ordem de chegada.

Quando um(a) usuário(a) em atraso de dispensa da TARV procura o SAE para pegar seus medicamentos, o atendente da farmácia encaminha-o(a) para a consulta com o(a) enfermeiro(a) ou o(a) assistente social ou o(a) psicólogo(a), que após conversar com esse usuário(a) libera apenas o quantitativo da TARV até a data da consulta médica agendada, ficando ao encargo do infectologista após reavaliar o(a) paciente manter ou trocar o esquema terapêutico em uso.

Não existe um prontuário padronizado, ficando os registros no prontuário livremente, ou seja, a critério do profissional que assiste o(a) usuário(a). As orientações relativas ao uso da TARV ocorre em todas as consulta do usuário(a) (médica, de enfermagem, de psicologia e com o assistente social).

Na dimensão **“formas de encaminhamento para outros serviços da rede (referência e contrarreferência)”** depreendeu-se que o paciente que precisa de um especialista, de exames ou de algum outro atendimento não oferecido no SAE é encaminhado para marcação via “Sistema de Regulação” por meio de uma “ficha de encaminhamento ao especialista”. Este estudo possibilitou observar que dentre as dificuldades está a obtenção de acesso ao ambulatório de saúde mental da própria policlínica onde o SAE está inserido, apesar de existir uma parceria oficializada entre o SAE e o Programa de Residência desse ambulatório. Não existe integração do SAE estudado com órgãos ou instituições não vinculadas à saúde, como Igrejas e Organização Não Governamental (ONG).

Na dimensão **“realização de atividades de adesão à TARV e de busca ativa de faltosos ao seguimento”** o presente estudo observou que no SAE estudado não há grupos de adesão aos ARV, sendo a questão da adesão verificada por autorrelato do paciente nas consultas (com o infectologista e com os demais profissionais de nível superior) ou a partir das oscilações nos exames de contagem de LT-CD4⁺ e CV, nas consultas com o infectologista. Houve o relato de que até 2015 existia no SAE estudado um grupo de adesão, e que em 2016 houve uma iniciativa para reativar esse serviço, não havendo continuidade porque a profissional que estava à frente de sua condução foi transferida para outro setor da policlínica. Quanto à busca ativa de faltosos, não há no SAE deste estudo pessoal para essa atividade, sendo a detecção desses pacientes feita a partir da verificação de não retirada do ARV pelo usuário na data prevista. Não existe também mecanismo que permita ao SAE estudado tomar conhecimento do paciente que venha à óbito.

Na dimensão **“infraestrutura básica e para as atividades de adesão à TARV (disponibilidade de salas para esse atendimento)”**, se constatou a seguinte infraestrutura: quatro consultórios médicos, uma sala para atendimento do assistente social e uma sala para

atendimento do psicólogo. Não há nenhuma sala para atendimento de enfermagem. A sala da gerência do SAE é utilizada para esse atendimento. Também não há sala destinada a atendimento em grupo. O grupo de adesão, que funcionou até 2015, utilizava uma sala da policlínica não inserida no SAE.

Na dimensão “**coordenação do trabalho**” conforme já referido, as ações e atividades de coordenação técnica da equipe é exercida por uma enfermeira que dedica 30 horas por semana ao SAE. Dentre as atividades estão: coordenação e supervisão da assistência ambulatorial, condução das reuniões com a equipe (até agosto de 2017 as ocorrências não são sistemáticas, ocorrendo quando necessário), monitoramento e avaliação do trabalho (realizada anualmente para prestação de contas).

Quadro 2. Composição da equipe de profissionais de saúde do SAE e suas funções

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO TOTAL DE PROFISSIONAIS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE ATENDEM EXCLUSIVAMENTE HIV/Aids	FUNÇÕES
Médico Infectologista*	5	5	Consulta para casos novos e de seguimento, prescrição de ARV, solicitação de exames e encaminhamento para especialistas
Enfermeiro	2	2	Consulta de enfermagem, consulta individual específica para promoção da adesão e orientação sobre álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos
Psicólogo**	2	1	Psicoterapia individual e/ou em grupo, consulta conjunta com médico e/ou serviço social, consulta individual específica para promoção da adesão, orientação sobre saúde sexual e reprodutiva e atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social
Farmacêutico***	1	-	Controle do suprimento, dispensação dos medicamentos, treinamento e supervisão dos profissionais que trabalham na farmácia
Assistente social	1	1	Consulta conjunta com médico e/ou psicólogo, consulta individual específica para promoção da adesão, orientação sobre álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social
Auxiliar ou técnico de enfermagem	1	-	Aplicação de medicação para os usuários da PLA

Fonte: A autora

NOTAS:

* O serviço conta com 5 médicos infectologistas completando uma carga horária de 100 horas mensais, havendo ainda escala de médicos residentes para acompanhamento dos usuários.

**O psicólogo realiza 2 ambulatórios no SAE. Os outros turnos trabalha no Núcleo de Desenvolvimento Infantil.

*** A farmacêutica é lotada e trabalha na Farmácia da Família da Policlínica Lessa de Andrade, ficando responsável pela logística de pedidos dos medicamentos ARV.

6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A taxa de má adesão à TARV encontrada neste estudo (21,4%) foi menor que as descritas por Bonolo (2007) e por Nemes (2004). Bonolo (2007), ao analisar 43 artigos obteve a taxa média de má adesão à TARV de 30,4% e Nemes (2009), em seu estudo que envolveu sete estados brasileiros, e um total de 87 mil indivíduos em uso de TARV, verificou uma taxa de má adesão de 25,0%. Garbin (2017) ao realizar uma revisão da literatura de pesquisas brasileiras de má adesão à TARV observou uma variação de 18,0% à 74,3%, sendo responsável por essa variação o tipo de estudo realizado e o critério adotado para caracterizar má adesão à TARV.

O presente estudo constatou que no SAE estudado a “falta às consultas médicas” e a “má adesão aos ARV” não foram registradas em mais de 45,0% dos prontuários médico. E que também não foram registradas elevada proporção de outras informações, tais como, a caracterização dos usuários (raça/cor; escolaridade; situação conjugal), às relacionadas aos aspectos comportamentais (orientação sexual, uso de álcool, tabaco e de drogas ilícitas); e às informações clínicas e imunológicas, estas últimas consideradas de alta relevância para o acompanhamento de portadores do HIV. Ou seja, os níveis de linfócitos T CD4⁺ não estavam registrados em mais de 9,0% do total de prontuários; os níveis de CV não estavam registrados em mais de 19,0% do total de prontuários; e o uso de mais de um esquema ARV não estava registrado em 4,0% do total de prontuários. A falta de registro em outras informações de menor relevância mas que qualificam o atendimento também foram demonstradas, como a história de comorbidades e o uso de outros medicamentos, que não estavam registrados, respectivamente, em 21,0% e 31,0% do total de prontuários. Foi constatado, ainda, que houve piora dos registros nos prontuários médicos após 2015, quando a TARV passou a ser prescrita para todas as PVHIV, sem levar em conta sua situação imunológica e virológica. Todos esses resultados denotam perda de qualidade da atenção prestada no SAE estudado. Matos (2009) ressalta que serviços com organização do trabalho fragmentada, onde cada profissional realiza seu trabalho de forma individualizada, sem nenhuma integração com os demais setores, tem sido apontada como uma das razões para a perda de qualidade. Essa realidade ficou bem caracterizada no SAE estudado.

Embora as ações para adesão aos ARV deva anteceder a introdução dessa terapia na rotina de atenção de todas as pessoas com HIV, os resultados deste estudo possibilita evidenciar as PVHIV mais vulneráveis a má adesão à TARV, apontando as que devem ser priorizadas no atual contexto de “TARV para todas as PVHIV” sem que os SAE tenham sido

implementados para isso. Faz-se, assim, necessário, implantar/implementar grupos que trabalham adesão aos ARV. Entre as PVHIV, evidenciadas neste estudo como as que tem maior chance de má adesão à TARV, estão: as com menos de 5 anos do diagnóstico de HIV; as que iniciaram a TARV com níveis de linfócitos T-CD4⁺ \geq 500 cél./mm³; e as que não haviam usado outro esquema ARV (ou seja, estavam no primeiro esquema ARV). Também Silva *et al.* (2009) demonstraram maior chance de má adesão a TARV em portadores entre um a três anos do diagnóstico. O estudo de Romeu (2012), ao contrário, evidenciou menor chance de má adesão à TARV em portadores com tempo de diagnóstico entre um a cinco anos.

Rodrigues *et al.* (2003) em estudo realizado em Belo Horizonte verificaram que as PVHIV mais saudáveis (com níveis de linfócitos T-CD4⁺ \geq 500 cél./mm³) tendem a utilizar menos os serviços de saúde e a abandonar a terapia. Trombini *et al.* (2010) em estudo envolvendo três centros urbanos do sul do Brasil, verificaram que quando os sintomas da doença diminuem e o paciente sente-se melhor, geralmente começa a relaxar o tratamento. Lima *et al.* (2012) ao pesquisar os fatores determinantes de modificações da TARV inicial, encontraram que 88,5% das substituições tiveram como principal motivo as reações adversas.

As características que denotam maior possibilidade de má adesão à TARV, evidenciadas neste e nos estudos acima mencionados, principalmente quando se somam duas ou mais a outros aspectos seja do contexto pessoal, familiar, social e/ou ambiente de trabalho da PVHIV, devem ser valorizados e abordados respeitando as singularidade de cada usuário, a fim de evitar a má adesão aos ARV e suas consequências. E nesse contexto, os grupos que trabalham a adesão aos ARV se constitui estratégia importante dos SAE.

De La Torre *et al.* (2014) concluíram que a principal razão para a descontinuação da terapia de primeira linha é a toxicidade, que afeta 20% dos pacientes, expressando-se principalmente na forma de distúrbios digestivos, seguidos por problemas cutâneos, neuropsiquiátricos e hepáticos. E que, como as manifestações do HIV são frequentemente assintomáticas no decorrer da infecção, os efeitos colaterais decorrentes no início da TARV são poucos tolerados, e acabam prejudicando a adesão, levando muitas vezes ao abandono do tratamento.

Pérsico *et al.* (2008) ressaltam a importância do grupo de adesão, como um espaço voltado não só para a promoção da adesão ao tratamento ARV mas para a promoção da boa qualidade de vida. Esses autores acrescentam que um grupo de adesão eficaz constrói condições para um melhor enfrentamento do HIV/Aids, oferecendo apoio e encorajamento, diminuindo os medos e as angústias, uma vez que se possibilita que se aprenda com a

experiência do outro, criando novas alternativas de cuidados, e o aumento da auto-estima a partir de um processo de apoio mútuo e contínuo.

Acreditando que os resultados deste estudo possam ser utilizados para qualificar o SAE analisado, minimizando para níveis bastante reduzidos a má adesão à TARV e, conseqüentemente, as conseqüências nefastas da emergência de cepas virais resistentes aos ARV não só para o usuário quanto para a coletividade (aumento da morbi-mortalidade por Aids e aumento da incidência do HIV na população em geral), uma proposta de intervenção para melhorar a adesão à TARV nos pacientes do SAE estudado foi elaborada (Apêndice C). A referida proposta será apresentada aos gestores (Coordenação Estadual e Municipal das IST/HIV/Aids; da Policlínica e do SAE estudado), aos profissionais de saúde do referido SAE, com a participação de usuários que tem se destacado como liderança entre as PVHIV.

Que este estudo possa inspirar a realização de outros que venham colaborar com as estratégias do cuidado para facilitar a adesão de usuários à TARV, a fim de que esta prática seja incorporada na rotina, não só do SAE estudado mas dos SAE em geral.

7 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados sugerem-se as seguintes estratégias:

a) De Ação Imediata:

- Reativação de grupos de adesão;
- Elaboração de instrumento interdisciplinar para atendimento e registro da equipe.

b) Para Ação Posterior:

- Implantação do ambulatório de adesão à TARV;
- Contratação de profissionais para compor a equipe interdisciplinar;
- Estabelecimento de fluxos para referência e contrarreferência, garantindo um fluxo assistencial seguro e organizado capaz de garantir a integralidade do cuidado às PVHIV

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p.140-154, 2014.
- ACURCIO, A. A; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n. 1, p. 73-84, 1999.
- ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. Transformações da “Aids aguda” para a “Aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, pp. 1841-1849, 2008.
- BAKER, J. V.; LUNDGREN, J. D. Cardiovascular implications from untreated human immunodeficiency virus infection. **European Heart Journal**, London, v.32, p. 945–951, 2011.
- BONITA, R. **Epidemiologia básica**. tradução e revisão científica Juraci A. Cesar. 2.ed. São Paulo: Santos, 2010.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.
- BONOLO, P. F. et al. Adesão ao tratamento anti-retroviral (ARV) em indivíduos infectados pelo HIV em dois serviços públicos de referência, Belo Horizonte (MG): análise preliminar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, supl. 694, p. 303, 2002.
- BORGES, M. J. L.; GURGEL, I. G. D; SAMPAIO, A. S. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/ Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 7. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- _____. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- _____. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 7. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de Atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST AIDS. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, ano 6, dez, 2016.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV AIDS. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 5, n. 1, 01/26 sem. epidemiol., Jan./jun. 2017.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD, C. L. Fatores associados à interrupção de tratamento anti- retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 86-92, 2006.

CARVALHO, C. V.; MATSUSHITA, R.; MERCHÁN-HAMANN, E. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Brasília, v. 40, n. 5, p. 555-565, 2007.

CASADO, J. L. et al. The influence of patient beliefs and treatment satisfaction on the of current first-line antiretroviral. **HIV Medicine**, Oxford, v. 17, p. 46-55, 2016.

COELHO. N. Medicamento 3 em 1 para a Aids começa a ser distribuído em todo o país. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Blog da Saúde**. 14 jan. 2015. Disponível em: www.blog.saude.gov.br. Acesso em: 7 nov 2016.

COLOMBRINI, M. R. C.; FIGUEIREDO, R. M; LOPES, M. H. B. M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n. 4, p. 576-81, 2006.

DE LA TORRE, J. L et al. Durability of the First Antiretroviral Treatment Regimen and Reasons for Change in Patients With HIV Infection. **HIV Clinical Trials**. St. Louis, v. 15, n.1, p. 27-35, 2014.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 9-17, 2006.

GALVAO, M. T. G. et al . Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 48-53, 2015 .

GARBIN, C. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 6, n. 2, 2017

GASPAR, J. et al . Quality of life in women with HIV/aids in a municipality in the state of São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

- GIR, E.; OLIVEIRA, M. D.; VAICHULONIS, C. G. Adesão à terapêutica anti-retroviral por HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 634-41, 2005.
- GOMES, R. R. F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.
- GREGO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 1553-1564, 2016.
- GUARALDI, G. et al. Impact of polypharmacy on antiretroviral prescription in people living with HIV. **Journal of antimicrobial chemotherapy**, London, v. 72, n. 2, p. 511-514, 2016.
- HALLAL, R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 53-65, 2010.
- HASSE, B. et al. Morbidity and Aging in HIV-Infected Persons: The Swiss HIV Cohort Study. **Clinical infectious diseases**, Chicago, v. 53, n. 11, p. 1130-1139, 2011.
- HECHT, F. M. Measuring HIV treatment adherence in clinical practice. **Aids clinical care**, Waltham, v.10, p. 57-9, 1998.
- HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2.ed. Hoboken: Wiley, 2005.
- HOTTZ, P. L.; SCHECHTER, M. A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo. IN: DIAZ, R. S.; VAZQUEZ, V. S. **Infecção pelo HIV e terapia antirretroviral em 2012**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2012. Cap. 1, p.1-11.
- JACQUES, I. J. A. A. et al. Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral entre Pacientes em Atendimento Ambulatorial. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 303-308, 2014.
- LIMA, D. G. L. et al. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral inicial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 222-228, 2012.
- LUIZ R. R. Associação estatística em Epidemiologia: análise com múltiplas variáveis. In: MEDRONHO R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 457-483.
- MAGALHÃES, A. B. Paciente diagnosticado em 1989 fala sobre medicamento 3 em 1. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Blog da Saúde**. 26 jan. 2015. Disponível em: www.blog.saude.gov.br. Acesso em: 7 nov 2016.
- MATOS, E. et al. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.
- MORAES, D. C. A. et al. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 676-686. 2014.

- MORAES, S. C. A. et al. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. **Journal of Research Fundamental Care on line**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3563-3573, 2015.
- MURPHY, D. A. et al. Barriers to HAART Adherence Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adolescents. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v. 157, n. 3, p. 249-255, 2003.
- MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 3, 2014.
- NEMES, M. I. B. et al. **Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais de usuários de ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo: prevalência e fatores associados**. São Paulo: Programa Estadual de DST e AIDS, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 1999.
- NEMES, M. I. B. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-12, 2009.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. 310-321, 2004.
- NHUNG, T. P. et al. Effects of cigarette smoking and nicotine dependence on adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive patients in Vietnam, **AIDS Care**, Oxford, v. 28, n. 3, p. 359-364, 2016.
- NUNES, L. M. S. Percepção dos profissionais do serviço de atenção especializada (SAE) do município de Divinópolis acerca de adesão ao tratamento HIV/AIDS. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. [Trabalhos Públicos Apresentados]. Belo Horizonte: CRESS, 2013.
- OLIVEIRA, F. B. M. et al. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action**. Genebra: WHO, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Experiências exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral em Latinoamérica. Washington, D.C.: OPS, 2011.
- PÉRSICO, B. F. G.; FIGUEIREDO, M. A. C. Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 21-28, 2008.
- REGO, Samuel Robson Moreira et al . Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011.

REMOR, Eduardo Augusto. Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. **Psicologia: reflexao e crítica**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 249-261, 1997.

RODRIGUES, C. S. et al. Interrupção do acompanhamento clinico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 183-190, 2003.

ROMEU, G. A. R. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.3, n.1, p. 37-41, 2012.

ROSENBLOOM, D. I. S. et al. Antiretroviral dynamics determines HIV evolution and predicts therapy outcome. **Nature Medicine**, New York, v.18, n. 9, p. 1378-86, 2012.

SANTOS, E. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 454-70, 2016.

SILVA, A. R. A. et al. Limites e obstáculos na adesão à terapia antirretroviral. **Revista de pesquisa (Online): cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1732-1742, 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. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SILVA, M.C.F. et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 135-139, 2009.

SINGH N. et al. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. **AIDS Care**, Oxford, v.3, p. 261-9, 1996.

SOUSA FILHO, M. P. et al . Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 139-145, 2012.

TERTO Jr., V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 147-158, 2002.

TIBÚRCIO, A. S. Pacientes HIV-Positivo não progressores em longo prazo: Dois Casos. DST - **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20. N. 2, p. 87 – 90, 2009.

TROMBINI, E. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 419-425, 2010.

UNAIDS. Global AIDS Update. **UNAIDS, 2017**. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/20170720_DaDOS_unaids_Brasil.pdf. Acesso em 17 out. 2017a.

_____. **RESUMO INFORMATIVO: Dia Mundial Contra a AIDS 2017.** Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf. Acesso em: 9 nov. 2017b.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Caderno de recomendações da avaliação Qualiaids.** Disponível em: <http://www.qualiaids.fm.usp.br/>. Acesso em: 20 maio 2017.

VILLARINHO, M.V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 271-7, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

CARACTERIZAÇÃO DO SAE SEGUNDO CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS E ESTRUTURAIS PARA ADESÃO À TARV*

Serviço: _____

Pesquisador: _____

Data: _____

1. ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA

1.1 Dias por semana o ambulatório de HIV/aids está aberto ao público: _____

1.2 Horas por dia o ambulatório de HIV/aids está aberto ao público: _____

1.3 De rotina, os pacientes com diagnóstico de HIV/Aids que procuram atendimento pela primeira vez neste serviço são:

- Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e agendados para consulta médica.
- Atendidos no mesmo dia por profissional de nível médio (auxiliar/técnico) da área de enfermagem e, se necessário, por consulta médica.
- Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e, se necessário, por consulta médica.
- Atendidos no mesmo dia por profissional não médico de nível universitário e por consulta médica.
- Atendidos em consulta médica no mesmo dia.
- Agendados para outro dia para atendimento com profissional não médico de nível universitário.
- Agendados para consulta médica em outro dia.
- Orientados a retornar nos dias seguintes para tentar vaga em consulta médica.
- Outros

1.4 No primeiro atendimento do paciente com HIV/Aids no serviço, são realizados:

- Avaliação de gravidade clínica e solicitação de exames.
- Investigação sobre o uso anterior de antirretroviral.
- Orientação sobre benefícios do início precoce da terapia antirretroviral.
- Investigação sobre categoria de exposição.
- Oferta de preservativos e gel.
- Orientação sobre formas de transmissão e métodos/práticas de prevenção.
- Investigação e orientação sobre parceria sexual.
- Investigação sobre o tempo de diagnóstico.
- Discussão sobre o significado do diagnóstico e repercussões para a vida cotidiana.
- Identificação de condições de vulnerabilidade social e individual.
- Procedimentos e condutas para viabilizar que o serviço entre em contato com o usuário, quando houver necessidade.
- Identificação de sintomáticos respiratórios.
- Identificação do paciente pelo nome social.
- Outros.

1.5 Intervalo médio de tempo entre o primeiro atendimento no serviço e a primeira consulta médica de HIV/Aids, excluindo os casos graves

- O primeiro atendimento sempre inclui a primeira consulta médica.
- Menos de 1 semana.
- De 7 a 30 dias.
- De 1 a 2 meses.
- De 2 a 4 meses.
- Mais de 4 meses.

1.6 No atendimento de enfermagem antes do atendimento médico de pacientes com HIV/Aids, são realizados:

- Aferição de peso e/ou pressão arterial.
- Verificação de queixas agudas e de prioridades de atendimento.
- Fornecimento de preservativos.
- Reforço das orientações sobre o uso correto do preservativo.
- Verificação da adesão ao tratamento antirretroviral.
- Investigação de efeitos adversos ao tratamento antirretroviral.
- Identificação de sintomático respiratório e encaminhamento ou solicitação de coleta de escarro.
- Identificação de necessidades e realização de encaminhamentos adequados.
- Outros.
- Não se aplica, pois a pré-consulta não é realizada.

1.7 As consultas médicas para pacientes com HIV/Aids são agendadas:

- Com hora marcada para cada paciente.
- Por grupos de pacientes por hora (por bloco).
- Por grupos de pacientes no início de cada turno. (Por turno e por ordem de chegada)
- Para cada médico existe uma rotina.
- As consultas não são agendadas antecipadamente.

1.8 Intervalo de rotina para o retorno em consulta médica de pacientes com HIV/ Aids ou com profissional de nível superior no início ou na troca de terapia antirretroviral:

- 7 dias
- 15 dias
- 30 dias
- 60 dias
- Não existe uma rotina diferenciada no início ou na troca de terapia antirretroviral.

1.9 Maneira que o serviço soluciona o atendimento de pacientes “extras” ou não agendados:

- Há reserva de vagas na agenda dos médicos
- Os médicos do ambulatório fazem escala para atendimento desses pacientes
- Os pacientes são atendidos na dependência de vaga nas agendas médicas
- Esse serviço dispõe de médico(s) específico(s) para pronto atendimento a pacientes HIV/aids
- Os pacientes são encaminhados para atendimento em Pronto Socorro não específico para pacientes HIV/aids
- Os pacientes são sempre atendidos, independentemente da existência de vagas na agenda ()
Outros

1.10 Demandas mais frequentes para os atendimentos “extras” (consultas não agendadas para pacientes em seguimento):

- () Intercorrências clínicas
- () Término da medicação
- () Falta à última consulta agendada
- () Abandono de tratamento
- () Resposta à convocação
- () Fornecimento de atestado para benefícios sociais
- () O atendimento extra não é realizado

1.11 Número de médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV) no serviço:

Médicos que realizam o acompanhamento de rotina de pacientes HIV/aids (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)	Número de médicos	CH semanal (soma da carga horária dos médicos)
Infectologistas		
Clinicos Gerais		
Médicos de outras especialidades que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		
Médicos residentes que realizam o acompanhamento de rotina (prescrição de ARV, solicitação de CD4 e CV)		

1.12 Número de profissionais que atendem pacientes com HIV/Aids:

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº TOTAL DE PROFISSIONAIS	Nº DE PROFISSIONAIS QUE ATENDEM EXCLUSIVAMENTE HIV/ AIDS
Enfermeiro		
Psicólogo		
Dentista		
Farmacêutico		
Assistente social		
Auxiliar ou técnico de enfermagem		
Nutricionista		
Fonoaudiólogo		
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapia		
Educador Físico		

1.13 Assinalar as atividades realiadas pelos profissionais abaixo:

Médico	<input type="checkbox"/> Consulta para casos novos e de seguimento, prescrição de ARV, solicitação de exames e encaminhamento para especialistas. <input type="checkbox"/> Consulta em conjunto com outros profissionais. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca. <input type="checkbox"/> Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico. <input type="checkbox"/> Atendimento e avaliação de risco nos casos de violência sexual e exposição sexual. <input type="checkbox"/> Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social. <input type="checkbox"/> Outros
Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Consulta de enfermagem. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Consulta individual específica para promoção da adesão. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca. <input type="checkbox"/> Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular. <input type="checkbox"/> Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos. <input type="checkbox"/> Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. <input type="checkbox"/> Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP) <input type="checkbox"/> Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social. <input type="checkbox"/> Avaliação de risco de pacientes “extras” ou não agendados. <input type="checkbox"/> Abordagem sintomática para infecções sexualmente transmissíveis (IST). <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Este serviço não dispõe deste profissional.
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Psicoterapia individual e/ou em grupo. <input type="checkbox"/> Consulta conjunta com médico e/ou serviço social. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Consulta individual específica para promoção da adesão. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca. <input type="checkbox"/> Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular. <input type="checkbox"/> Suporte psicológico para a equipe técnica deste serviço. <input type="checkbox"/> Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos. <input type="checkbox"/> Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. <input type="checkbox"/> Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP). <input type="checkbox"/> Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social. <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Este serviço não dispõe desse profissional.
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Controle do suprimento, dispensação dos medicamentos, treinamento e supervisão dos profissionais que trabalham na farmácia. <input type="checkbox"/> Orientação da equipe médica sobre interações e efeitos adversos de ARV e outros medicamentos. <input type="checkbox"/> Consulta individual com pacientes sobre o uso da medicação. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos. <input type="checkbox"/> Farmacovigilância. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Consulta individual específica para adesão. <input type="checkbox"/> Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular. <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Este serviço não dispõe desse profissional
Assistente social	<input type="checkbox"/> Discussão e apoio sobre as questões sociofamiliares, orientação sobre direitos civis, trabalhistas e previdenciários, avaliação e inclusão nos benefícios de assistência social (cesta básica, vale transporte etc.). <input type="checkbox"/> Atividades de reinserção social e/ ou geração de renda. <input type="checkbox"/> Consulta conjunta com médico e/ou psicólogo. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Consulta individual específica para promoção da adesão. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca. <input type="checkbox"/> Discussão de casos em equipe multidisciplinar e construção de projeto terapêutico singular. <input type="checkbox"/> Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos. <input type="checkbox"/> Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. <input type="checkbox"/> Atendimento e avaliação de risco para profilaxia pós exposição sexual (PEP) <input type="checkbox"/> Atendimento e suporte para parceiros sexuais, familiares e outros integrantes da rede de apoio social. <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Este serviço não dispõe deste profissional
Técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/> Orientação para coleta de exames, agendamento de exames e consultas, orientação sobre encaminhamentos para especialistas e verificação de sinais vitais. <input type="checkbox"/> Verificação de queixas agudas. <input type="checkbox"/> Orientação sobre o uso de preservativos. <input type="checkbox"/> Orientação sobre a medicação. <input type="checkbox"/> Discussão sobre as dificuldades de adesão. <input type="checkbox"/> Participação em grupos de adesão. <input type="checkbox"/> Participação na discussão de casos com a equipe multidisciplinar. <input type="checkbox"/> Orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas. <input type="checkbox"/> Análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca. <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Este serviço não dispõe desse profissional Aplicação de medicação para os usuários da PLA

1.14 No atendimento médico de pacientes com HIV/Aids, o registro em prontuário é feito: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- Livremente, a critério do profissional.
- Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, que são sistematicamente preenchidos.
- Nos campos padronizados somente para a primeira consulta, com preenchimento a critério do profissional.
- Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, que são sistematicamente preenchidos.
- Nos campos padronizados para a primeira consulta e para consultas de retorno, com preenchimento a critério do profissional.

1.15 No serviço a orientação do uso de anti-retroviral é realizada: ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- Na consulta médica
- Por auxiliar/técnico de enfermagem
- Na farmácia, por farmacêutico ou pessoal auxiliar
- Na consulta do farmacêutico
- Na consulta do enfermeiro
- No atendimento individual por outros profissionais de nível superior
- Nos grupos de discussão sobre adesão

2 TRABALHO EM REDE: FORMAS DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇOS DA REDE

2.1 Quando o paciente com HIV/Aids precisa de um especialista, exame ou outro atendimento que não é oferecido no serviço, ocorre o encaminhamento para os serviços da rede da seguinte forma: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- O paciente é encaminhado verbalmente para outro serviço.
- O paciente é encaminhado com guia/ carta para outro serviço.
- O paciente é encaminhado com guia/ carta para outro serviço após contato.
- O paciente é encaminhado com guia/carta para outro serviço após agendamento.

2.2 Em relação à coleta de exames laboratoriais dos pacientes com HIV/Aids, o serviço: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- Coleta todos os exames no serviço.
- Coleta parte dos exames no serviço e encaminha outros para coleta em laboratório de referência.
- Encaminha todos os pacientes para coleta em laboratório de referência.

2.3 O serviço está integrado com outros órgãos ou instituições não diretamente vinculadas à saúde? ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- Não
- Sim, com o setor judiciário
- Sim, com ONGs
- Sim, com outras secretarias do município ou do estado, como a da educação e a do serviço social
- Sim, com igrejas ou entidades filantrópicas
- Sim, com outros órgãos

3 ATIVIDADES PARA PROMOVER ADESÃO AO TRATAMENTO E BUSCA ATIVA DE PACIENTES FALTOSOS AO SEGUIMENTO

3.1 Há grupo de adesão no Serviço?

() SIM () NÃO

3.2 Se a resposta a pergunta anterior for SIM, assinalar quais os profissionais participam do grupo de adesão:

Enfermeiro	
Psicólogo	
Dentista	
Farmacêutico	
Assistente social	
Auxiliar ou técnico de enfermagem	
Nutricionista	
Fonoaudiólogo	
Terapeuta ocupacional	
Fisioterapia	
Educador Físico	

3.3 A adesão ao tratamento antirretroviral de um paciente com HIV/aids é avaliada predominantemente por meio de: ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- () Autorelato do paciente.
 () Checagem de rotina em todos os atendimentos (consulta médica/enfermeiro e atendimentos de outros profissionais) sobre dificuldades do dia a dia em tomar a medicação.
 () Contagem dos medicamentos que sobraram.
 () Acompanhamento das oscilações nos exames de CD4+ e carga viral HIV.
 () Monitoramento da retirada de medicamentos por meio do SICLOM, planilhas ou outras formas de controle da farmácia.
 () Outros

3.4 Quando um paciente com HIV/Aids apresenta dificuldades no tratamento antirretroviral: ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- () O retorno é realizado em intervalos menores.
 () O paciente é encaminhado para grupos de adesão.
 () O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com enfermeiro.
 () O paciente é encaminhado para consulta e orientação individual com psicólogo ou assistente social ou farmacêutico.
 () Há reforço da importância da adesão nas consultas médicas.

3.5 A taxa de adesão ao tratamento antirretroviral do conjunto dos pacientes com HIV/Aids deste serviço é avaliada por meio de: ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- () Porcentagem de pacientes com retirada de antirretrovirais correta.
 () Porcentagem de pacientes com carga viral indetectável.
 () Porcentagem de pacientes que relatam adequada adesão
 () Porcentagem de faltas em consultas agendadas de pacientes em seguimento.

A adesão de cada paciente é monitorada nos atendimentos. Não há avaliação para o conjunto de pacientes do serviço.

3.6 Quando o paciente com HIV/Aids falta ao atendimento agendado, este serviço: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- Aguarda retorno espontâneo em todos os casos.
 Busca ativa de casos específicos (exames alterados, uso de ARV, maior gravidade clínica, tuberculose, gestante e abandono).
 Busca ativa de todos os casos
 Não se aplica, pois este serviço não faz controle de faltosos

3.7 Para os pacientes com HIV/Aids em uso de antirretroviral, o critério de abandono predominantemente utilizado pelo serviço é: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista.
 Não retorno às consultas em 6 meses.
 Duas ou mais faltas consecutivas na consulta médica (independente do intervalo entre as consultas).
 Não retirada dos ARV a partir de 3 meses da data prevista e não retorno às consultas em 6 meses, com ou sem outros critérios.
 Após convocação sem comparecimento.
 Outros.
 Não há critério de abandono definido.

3.8 O serviço faz controle do número de óbitos entre seus pacientes? ASSINALAR UMA OU MAIS ALTERNATIVAS

- Não de modo sistemático
 Sim, sempre que a família avisa
 Sim, através de informação proveniente do serviço de epidemiologia

3.9 Em relação aos medicamentos antirretrovirais utilizados no serviço nos últimos 6 meses, pode-se dizer que: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- Não houve falta de antirretrovirais nos últimos 6 meses.
 Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período máximo de 7 dias.
 Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período de 8 e 15 dias.
 Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados, por um período de 16 a 30 dias.
 Houve falta de alguns dos antirretrovirais utilizados por um período superior a 30 dias.
 Este serviço não é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos e não possui essa informação.

3.10 Mecanismo utilizado pelo serviço no caso do paciente com HIV/Aids ficar sem medicamentos por razões imprevistas. ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- É agendada consulta médica de acordo com a disponibilidade de vaga na agenda.
 É realizado encaixe na agenda médica para atendimento na mesma semana.
 É realizada consulta médica no mesmo dia, independente de disponibilidade de vaga na agenda (consulta extra ou encaixe).
 São fornecidos antirretrovirais com base na prescrição anterior em quantidade suficiente até a próxima consulta médica agendada.

() O paciente passa por consulta de enfermagem ou farmacêutica e, após orientações, retira os medicamentos prescritos

4. COORDENAÇÃO DO TRABALHO

4.1 As ações e atividades de coordenação técnica da equipe que atende os pacientes com HIV/aids (coordenação da assistência ambulatorial, condução das reuniões de equipe, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho) são realizadas: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- () Pelo mesmo profissional que realiza as funções de coordenação técnica e administrativa da equipe (controle de faltas, férias, alocação e contratação de pessoal).
 () Por um coordenador ou chefia técnica da equipe de assistência ambulatorial (mesmo que não formalizado)
 () Por um profissional que realiza as funções de coordenação técnica da assistência e de atividades do Programa Municipal de IST/Aids
 () Por um profissional especificamente designado para essa função, sem outras atividades na equipe ou no Programa Municipal de IST/Aids
 () Esta equipe não possui um profissional responsável pela coordenação técnica da assistência ambulatorial aos pacientes com HIV/aids (mesmo que informalmente)

4.2 A avaliação das atividades de atenção à assistência em HIV/aids é: ASSINALAR APENAS UMA ALTERNATIVA

- () Realizada periodicamente para reprogramação das atividades.
 () Realizada esporadicamente, quando necessária.
 () Realizada anualmente para prestação de contas.
 () Realizada por iniciativa da coordenação estadual ou nacional do programa.
 () Não é realizada de forma sistemática.

5 INFRAESTRUTURA BÁSICA: DISPONIBILIDADE DE SALAS PARA ATENDIMENTO

5.1 Número de consultórios e salas para atendimento:

Quando a sala for ocupada com mais de uma finalidade, contabilizar apenas 1 vez

- _____ Consultórios médicos
 _____ Salas para atendimento de enfermagem
 _____ Salas para atendimento individual por outros profissionais
 _____ Salas para atendimento em grupo

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

QUESTIONÁRIO N° _____

**PESQUISA: Fatores associados à não adesão a TARV em adultos com infecção pelo HIV
atendidos em um serviço de Atenção Especializada do município de Recife
Pesquisadora responsável: Luciana Regina de Barros Pinheiro**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

DATA DA COLETA: ____ / ____ / _____

PARTE 1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

N. PRONTUÁRIO: _____

1. NOME COMPLETO DO PACIENTE:

2. NOME DA MÃE: _____

3. DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / _____ 4. IDADE COMPLETA (em anos) _____

5. SEXO: [] Masculino [] Feminino

6. ETNIA/COR:

[] Branco [] Moreno/PARDO [] Negro [] Índio [] Outra: _____

[] Não há registro

PARTE 2- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE COMPORTAMENTO SOCIAL

7. ESCOLARIDADE:

[] Analfabeto [] Ensino Fundamental [] Ensino Médio [] Superior [] Não há registro

8. SITUAÇÃO CONJUGAL:

[] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] Divorciado [] Não há registro

9. ORIENTAÇÃO SEXUAL

[] Heterossexual [] Homossexual [] Bissexual [] Lésbica [] Travesti [] Transexual

[] Outros: _____ [] Não há registro

10. HÁ REGISTRO QUE O PACIENTE É ALCOOLISTA?

[] Sim [] Não [] Não há registro

11. HÁ REGISTRO QUE O PACIENTE É FUMANTE?

[] Sim [] Não [] Não há registro

12. USO DE DROGAS ILÍCITAS

[] Usa drogas atualmente. Especifique qual: _____

[] Já usou drogas. Especifique qual: _____

Nunca usou drogas.

Já usou drogas eventualmente. Especifique qual: _____

Não há registro do uso de drogas ilícitas

PARTE 3 – SERVIÇOS DE SAÚDE

13. HÁ REGISTRO DE FALTAS À CONSULTAS MÉDICAS? Sim Não

14. HÁ REGISTRO DE FALHA DE ADESÃO À TARV ? Sim Não

15. SE SIM, HÁ REGISTRO DE CONDUTA ADOTADA NO CASO DE FALHA DE ADESÃO A TARV?

Encaminhado para grupos de adesão

Retorno agendado em intervalos menores

Encaminhado para consulta e orientação individual com enfermeiro

Outros: _____

Não há registro

16. RECEBE/RECEBEU ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO:

Sim Não

17. RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE O USO DOS ARV?

Sim Não

18. SE SIM, DE QUAIS PROFISSIONAIS?

Médico Enfermeiro Psicólogo Farmacêutico Assistente Social Outros

19. DATA DA ÚLTIMA CONSULTA REGISTRADA NO PRONTUÁRIO: ____ / ____ / ____

PARTE 4 – CLÍNICA

20. TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

DATA DO DIAGNÓSTICO: ____ / ____ / ____ Em meses ou anos: _____

Não há registro

21. COMORBIDADES?

Sim Não Não há registro

22. SE SIM, QUAIS?

23. FAZ USO DE OUTROS MEDICAMENTOS?

Sim Não Não há registro

24. SE SIM, QUAIS?

25. DATA DO PRIMEIRO ESQUEMA DA TARV: ____ / ____ / ____

26. QUAL O ESQUEMA: _____

27. NO INÍCIO DA TARV ESTAVA:

[] Sintomático [] Assintomático [] Não há registro

28. QUAL O ESQUEMA DA TARV EM USO:

Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)		<input type="checkbox"/> Tenofovir ^{300mg} (TDF) / Lamivudina ^{300mg} (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir ^{50mg} (DTG)				
ANTIRRETROVIRAL						
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)	DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia			
		Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia			
		Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia			
		Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia			mL de sol. oral 20mg/mL/dia
		Didanosina - ddI				mL de pó p/ sol. oral 4g/dia
		Estavudina - d4T				mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia
		Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia			mL de sol. oral 10mg/mL/dia
		Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia			
		Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia		solução injetável 10 mg/mL/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
ITRNN		Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg/dia	mL de sol. oral 30mg/mL/dia
		Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia			mL de susp. oral 10mg/mL/dia
Inibidores de Protease (IP)		Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg/dia	
		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia
		O DRV de 600mg, como resgate após primeira falha, só poderá ser prescrito a partir de Abril/2017				
		Fosamprenavir - FPV				mL de susp. oral 50mg/mL/dia
		Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia	mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia			mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
Inibidores de Integrase		Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
		Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia	
Medicamentos de Uso Restrito		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg/dia	comp. de 75mg/dia
		Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia			
		Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia			
		Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia			
		Maraviroque - MVO	comp. de 150mg/dia			
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia			mL de sol. oral 100mg/mL/dia	

29. FEZ MAIS DE UM ESQUEMA DE TARV?

[] Sim [] Não [] Não há registro

30. SE SIM ESPECIFIQUE O MOTIVO DA MUDANÇA:

31. HÁ REGISTRO DE FATORES QUE ESTEJAM DIFICULTANDO A ADESÃO A TARV?

Sim Não Não há registro

32. SE SIM, QUAIS?

Efeitos colaterais

Impossibilidade de buscar a medicação

Não entendimento da prescrição

Falta da medicação na farmácia

Outros. Quais? _____

33. QUAL O VALOR DE **CD4** NO INÍCIO DA TARV? _____

34. QUAL O VALOR DA **CARGA VIRAL (CV)** NO INÍCIO DA TARV? _____

35. QUAL O VALOR DO ÚLTIMO REGISTRO DE **CD4** REGISTRADO NO PRONTUÁRIO? _____

36. QUAL O VALOR DO ÚLTIMO REGISTRO DE **CARGA VIRAL (CV)** REGISTRADO NO PRONTUÁRIO? _____

37. DIAS DE ABANDONO: _____

OBSERVAÇÕES / OUTRAS INFORMAÇÕES

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

APÊNDICE C – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O SERVIÇO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

PLANO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO*

Área foco de trabalho: atenção às PVHIV usuárias de um Serviço de Atendimento Especializado.

Local: Policlínica Lessa de Andrade - Recife-PE

PROGRAMA: De fixos a fluxos**: reinventando ações para a melhoria da assistência à pessoa vivendo com HIV em um SAE do município de Recife					
PERFIL DA INICIATIVA		INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	PERÍODO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS	ORÇAMENTO
SITUAÇÃO IDENTIFICADA	AÇÕES ESTRATÉGICAS				
Ausência de grupos de adesão	Implantação de grupos de adesão por meio de: 1. Reuniões periódicas para planejamento do retorno de grupos de adesão; 2. Estabelecimento de prazos para a implementação das atividades.	Gestão da Policlínica Lessa de Andrade (PLA), Equipe do SAE, ONGs e usuários do serviço.			
Ausência de ficha norteando anamnese	1. Elaboração de ficha específica interdisciplinar para atendimento a partir de instrumentos já utilizados em outros serviços; 2. Teste piloto para apreciação, adaptação e validação do instrumento.	Pesquisadora responsável, Gestão, usuários e profissionais da PLA.	Maio a dezembro de 2018	Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação municipal de IST/Aids; Instituto Oswaldo Cruz – residentes de Saúde Coletiva; Distrito Sanitário IV – coordenação distrital de IST/Aids;	A definir
Ausência de busca ativa de usuários com falha de adesão à TARV	Implantação do “ <i>ambulatório de adesão à TARV</i> ”***	Profissionais da Farmácia da PLA, Equipe do SAE e gerência da PLA.		ONGs	
Prontuários não localizados/extraviados	Informatização do sistema de cadastro e atualização dos dados (Prontuários Eletrônicos)	Gerência da PLA, profissionais do SAME, Gerência de Tecnologia da Informação (GTI)			
Déficit de Recursos Humanos	Contratação de profissionais para composição da Equipe Interdisciplinar: Farmacêutico para o SAE, psicólogo,	Gerência da PLA e Secretaria Municipal de Saúde.			

	assistente Social enfermeiro para ambos os turnos.				
Fluxo insatisfatório na rede de atenção	1. Informatização do serviço; 2. Estabelecimento de fluxogramas + prazos para atendimentos e encaminhamentos.	Coordenação Municipal de DST Aids Diretoria Geral de Regulação Assistencial Gerência da PLA Gerência do SAME da PLA Gerência do SAE Diretoria Executiva de Regulação (DERS) / Gerência Geral de Regulação Assistencial (GGRA)			

*Elaborado e adaptado a partir das considerações trazidas por Maria Helena Cunha (2010);

**O termo “fixo” foi utilizado por conta da densidade assistencial apresentada no serviço, sendo enxergada pela pesquisadora a necessidade de tornar o processo fluido relevando-se as singularidades dos usuários e a coleta de informações pertinentes para se promover um “fluxo” mais coerente com as necessidades do sistema de informação, da pesquisa científica e da própria abordagem sistemática no momento da anamnese;

***O *ambulatório de adesão à TARV* funcionou no serviço em 2016.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS COM INFECÇÃO PELO HIV ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DO RECIFE

Pesquisador: Luciana Regina de Barros Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70463717.6.0000.5190

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.174.772

Apresentação do Projeto:

Atualmente, a recomendação de estimular o início imediato da TARV em todas as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, pode permitir uma perspectiva da redução da transmissibilidade deste vírus, reconstituição imune mais precoce e conseqüentemente, redução da morbimortalidade. Portanto, o projeto pretende caracterizar a não adesão à TARV; verificar de que maneira essa adesão vem sendo trabalhada em um SAE de Pernambuco; e observar se a recomendação de iniciar TARV em todo e qualquer indivíduo infectado pelo HIV, após 2013, tem aumentado a prevalência de não adesão à TARV entre os portadores assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ 500 células/ mm³, a fim de identificar os fatores facilitadores e aqueles que funcionam como obstáculos para que esta adesão seja efetivada.

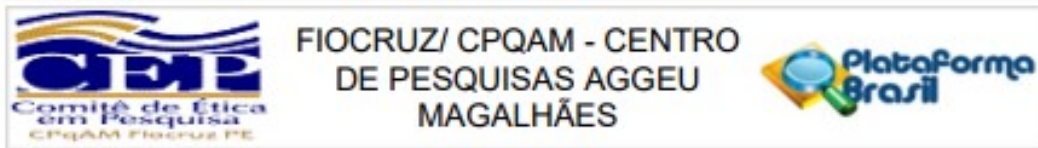
Objetivo da Pesquisa:

Determinar a taxa de não adesão à TARV e analisar os fatores associados à não adesão a essa terapia em pacientes com HIV assistidos em um Serviço de Assistência Especializada em Recife - Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os potenciais riscos de constrangimento serão minimizados, a partir da premissa que os sujeitos

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.174.772

terão o direito de recusar responder alguma questão se assim o desejarem e/ ou de desistir em qualquer momento de sua participação na pesquisa, sem prejuízo ao seu atendimento no serviço, além de serem entrevistados em local reservado, ratificando a garantia do sigilo e anonimato.

Os benefícios da pesquisa encontram-se no fato de que seus resultados possibilitarão obter informações que possivelmente contribuirão para a melhoria na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, conseqüentemente, poderão impactar na diminuição da morbidade, mortalidade e no surgimento de cepas virais resistente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresentado tem pertinência científica e está de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os itens de apresentação obrigatória foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Nenhuma recomendação a ser realizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem coerência científica e metodológica e está apto para ser desenvolvido de acordo com cronograma apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento à Resolução CNS 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	20/06/2017		Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.174.772

Básicas do Projeto	ETO_944892.pdf	23:16:53		Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso.pdf	20/06/2017 22:47:40	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	20/06/2017 22:46:56	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
Outros	Curriculum_Lattes.pdf	20/06/2017 22:46:14	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2017 22:44:33	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_na_Integra.pdf	20/06/2017 22:44:05	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_equipe_projeto.pdf	20/06/2017 22:43:39	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/06/2017 22:42:02	Luciana Regina de Barros Pinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Julho de 2017

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br