

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ISABELLA GERIN DE OLIVEIRA BOMFIM

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE  
VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

SÃO CARLOS – SP

2019

ISABELLA GERIN DE OLIVEIRA BOMFIM

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anamaria Alves Napoleão.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sigrid De Sousa Santos.

SÃO CARLOS – SP

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

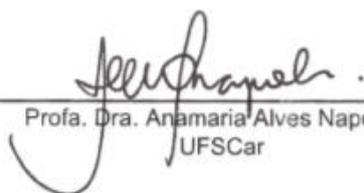
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

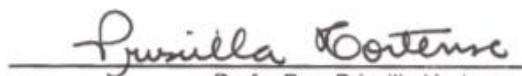
---

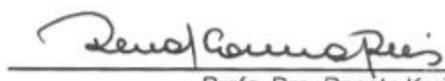
**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Isabella Gerin de Oliveira Bomfim, realizada em 08/08/2019:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão  
UFSCar

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Priscilla Hortense  
UFSCar

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Renata Karina Reis  
USP

## **DEDICATÓRIA**

Dedico o presente trabalho a Deus, a minha família e amigos, que sempre me apoiaram em toda a minha trajetória e encorajaram a seguir meus sonhos.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus, por iluminar o meu caminho sempre e por colocar pessoas especiais que me apoiaram nos momentos em que mais precisei e colaboraram de forma significativa para conclusão deste projeto.

Agradeço também aos meus familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado, auxiliando e apoiando minhas decisões. Sem eles, nada disso seria possível.

Agradeço ainda a minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anamaria Alves Napoleão, que para mim é um exemplo e me incentivou a crescer pessoalmente e profissionalmente, dando-me a honra de poder compartilhar de seus ensinamentos.

Agradeço especialmente a minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sigrid De Souza Santos, médica infectologista pela parceria, contribuição técnica e pela sua dedicação a melhoria do atendimento as pessoas acometidas pelas doenças infecciosas e parasitárias.

A pesquisadora Kemily Costa, por seu comprometimento e colaboração na etapa de coleta de dados e aos profissionais de saúde do Centro de Atendimento de Infecções Crônicas e farmácia do Centro Municipal de Especialidades, que sempre foram muito gentis e me auxiliaram no que foi possível.

Agradeço imensamente aos participantes, por doarem seu tempo e suas histórias de vida para que este estudo pudesse ser realizado.

Serei eternamente grata!

## RESUMO

**Introdução:** A aids continua sendo um problema de saúde pública, devido ao comportamento de risco da população, à existência de indivíduos não diagnosticados e a uma baixa adesão à terapia antirretroviral. O protocolo clínico sobre manejo do antirretroviral visa oferecer recomendações para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida. Adesão ao tratamento é um processo dinâmico, complexo, multifatorial abrangente, sendo que há diversas formas descritas e validadas para mensurar a adesão à terapia antirretroviral (TARV) com distintas aplicações. **Objetivo:** Avaliar a adesão, expectativa de autoeficácia, qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas que vivem com HIV/aids. **Métodos:** Estudo descritivo analítico transversal. Foram incluídos indivíduos adultos com diagnóstico de infecção por HIV/aids, em uso de TARV há pelo menos três meses em um serviço de atenção especializada - SAE de São Carlos - SP. Foram realizadas entrevistas utilizando instrumentos (CEAT-VIH, Escala de expectativa de autoeficácia e HAT-QoL) e questionário (levantamento sócio-demográfico, clínico e laboratorial), revisão de prontuários e registro das retiradas de medicação na farmácia de junho de 2018 a janeiro de 2019. **Resultados:** Foram avaliados 220 pacientes, sendo 58% homens, com idade média de 43 anos, 41% com ensino fundamental, 26% Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), 55% no estadió de aids, 91% com mais de um ano de seguimento. A adesão aos antirretrovirais na amostra estudada foi de 62%. Os fatores associados à adesão na análise univariada foram morar sozinho, ser homem que faz sexo com homem, não ter vida sexual ativa, não fumar, ter contagem de CD4 maior que 350 cels/mm<sup>3</sup>, ter carga plasmática do HIV1 indetectável, não ter história de interrupção do tratamento, ter escore maior que 101 na Escala de Expectativa de Autoeficácia. Os fatores associados à adesão na análise de regressão multivariada foram não fumar, não ter vida sexual ativa e ter o último exame de carga viral indetectável. **Conclusão:** Os resultados podem contribuir para a identificação de grupos de maior risco de não adesão à TARV e enfatizam a necessidade de investimento em medidas que promovam maior adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** HIV. Adesão à medicação. Antirretroviral. Autoeficácia. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** AIDS remains a major public health issue. There was control of new cases of HIV infection in the second half of the 1990s and a new increase with peak in 2010. This increase is probably due to the risk behavior in the population, the existence of undiagnosed individuals and a low adherence to antiretroviral therapy . The management of antiretroviral therapy aims to offer recommendations for preventing transmission, treating infection and improving quality of life. It is a dynamic, complex, multifactorial process that is comprehensive and difficult to measure, and there are several ways described and validated to measure adherence to antiretroviral therapy (ART), with different applications. **Objective:** To assess adherence and risk factors associated with adherence to antiretroviral treatment in people living with HIV / AIDS. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. Adult individuals diagnosed with HIV / AIDS using antiretroviral therapy for at least three months in SAE of São Carlos city were included. **RESULTS:** A total of 220 patients were evaluated, of which 58% were men, with a mean age of 43 years, 41% with a primary education, 26% men who have sex with men - MSM, 55% in the AIDS stage, 91% with more than one year of follow-up. Adherence to antiretrovirals in the sample studied was 62%. The factors associated with adherence in the univariate analysis were living alone, to be a man who has sex with men, not having an active sex life, do not smoke, having a CD4 count greater than 350 cels / mm<sup>3</sup>, having an undetectable HIV1 plasma load, having no history of treatment interruption and having a score greater than 101 on the Self-efficacy Expectation Scale. Factors associated with adherence in the multivariate regression analysis were do not smoke, having no active sex life, and undetectable last viral load test. **Conclusion:** The results may contribute to the identification of groups at higher risk of nonadherence to ART and emphasize the need for investment in measures that promote greater adherence to treatment.

**Keyword:** HIV. Medication Adherence. Antiretroviral Therapy. Self Efficacy. Quality of Life.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Cálculo da amostra de pessoas vivendo com HIV/aids a serem incluídas no estudo.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Distribuição da amostra do estudo, segundo faixa-etária e sexo.

TABELA 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados sócio-demográficos, São Carlos, 2018.

TABELA 3 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados socioeconômicos, São Carlos, 2018.

TABELA 4 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados referentes à vida afetivo-sexual, São Carlos, 2018.

TABELA 5 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados de dependência de substâncias psicoativas, São Carlos, 2018.

TABELA 6 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados clínicos e laboratoriais, São Carlos, 2018.

TABELA 7 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados de uso de TARV, São Carlos, 2018.

TABELA 8 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo resultado da pontuação total dos instrumentos utilizados, São Carlos, 2018.

TABELA 9 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), São Carlos, 2018.

TABELA 10 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HAT-QoL), São Carlos, 2018.

TABELA 11 – Características sócio-demográficas e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 12 – Características afetivo-sexuais e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 13 – Características clínicas e laboratoriais e a adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 14 – Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 15 – Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 16 – Qualidade de vida relacionada à saúde (HAT-QoL) e a adesão à TARV em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

TABELA 17 – Regressão logística dos fatores de risco associados com a adesão à TARV em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

## **LISTA DE SIGLAS**

Aids - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ARV – Antirretroviral

AE - Autoeficácia

CAIC – Centro de Atendimento de Infecções Crônicas

CEAT- VIH - Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral

DNA - Desoxiribonucleic Acid

HAT-QoL - HIV/aids Targeted Quality of Life

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS - Organização Mundial da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PCDT - Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos

PVHA - Pessoa que Vive com HIV/aids

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SEADE - Centro de referência nacional na produção e disseminação de análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

TARV - Terapia Antirretroviral

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI – Usuários de Drogas injetáveis

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

WHOQOL - World Health Organization quality of life

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
1.1 <i>Aids: o problema</i> .....	3
1.2 <i>Adesão</i> .....	5
1.3 <i>Autoeficácia</i> .....	9
1.4 <i>Qualidade de vida relacionada à saúde</i> .....	10
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
3.1 <i>Objetivo geral</i> .....	15
3.2 <i>Objetivos específico</i> .....	15
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>16</b>
4.1 <i>Delineamentos do estudo</i> .....	16
4.2 <i>Local</i> .....	16
4.3 <i>Casuística</i> .....	16
4.4 <i>Tamanho da amostra</i> .....	17
4.5 <i>Distribuição amostral por sexo e idade</i> .....	18
4.6 <i>Aspectos éticos e legais</i> .....	19
4.7 <i>Procedimento metodológico</i> .....	19
4.8 <i>Análise dos dados</i> .....	24
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
5.1 <i>Caracterização da população</i> .....	26
5.2 <i>Avaliação de possíveis fatores associados a adesão à TARV</i> .....	31
5.3 <i>Análise multivariada dos fatores associados A adesão à TARV</i> .....	36
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>9. Apêndices</b> .....	<b>49</b>
9.1 <i>APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</i> .....	49
9.2 <i>APÊNDICE 2 - Questionário de caracterização sócio-demográficas, econômica, afetivo-sexual e clínica</i> .....	51
<b>10. Anexos</b> .....	<b>53</b>
10.1 <i>ANEXO I - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos</i> .....	53

<i>10.2 ANEXO II - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos .....</i>	<i>54</i>
<i>10.3 ANEXO III - Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) .....</i>	<i>57</i>
<i>10.4 ANEXO IV - Autorização para uso do instrumento CEAT-VIH .....</i>	<i>58</i>
<i>10.5 ANEXO V - Escala de Expectativa de Auto-Eficácia para Seguir Prescrição Anti-Retroviral.....</i>	<i>59</i>
<i>10.6 ANEXO VI - Autorização para uso do instrumento Escala de Expectativa de Auto-Eficácia para Seguir Prescrição Anti-Retroviral.....</i>	<i>60</i>
<i>10.7 ANEXO VII - Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida (HAT-QoI) .....</i>	<i>61</i>
<i>10.8 ANEXO VIII - Autorização para uso do Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida (HAT-QoI).....</i>	<i>64</i>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. AIDS: O PROBLEMA

Desde o surgimento, a epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) desafiou a ciência e a tecnologia moderna, isto porque, além de ser desconhecida da comunidade científica, apresentava vias de transmissão rápidas e intimamente associadas a comportamentos e atitudes socialmente questionáveis na época, com questões referentes ao sexo e à sexualidade e com o processo de morrer (SCHAURICH, et al., 2006).

Segundo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), cerca de 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com HIV, 21,7 milhões tiveram acesso a terapia antirretroviral (TARV), 1,8 milhões/ano de novas infecções e 940.000 mortes por causas relacionadas à aids em 2017.

De 2007 até junho de 2018, foram notificados 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, distribuídos em 47,4% na região Sudeste, 20,5% na região Sul, 17,0% na região Nordeste, 8,0% na região Norte e 7,1% na região Centro-Oeste. Segundo sexo, 68,6% casos em homens e 31,4% casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2017, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2018).

Os casos de infecção por HIV registrados em maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição, entre os homens verificaram que 59,4% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 36,9% heterossexual e 2,6% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Já entre as mulheres, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,6% na de UDI (BRASIL, 2018).

A despeito do sucesso inicial do Programa Nacional de IST/aids de controlar novos casos de infecção por HIV na segunda metade da década de 1990, houve recrudescimento da epidemia nos anos 2000, com ápice em 2010. Parte desse incremento deveu-se ao maior acesso da população ao diagnóstico sorológico, mas também se deve a um aumento real da incidência, particularmente em homens que fazem sexo com homens (MANGAL, 2019). Esse aumento da incidência é provavelmente devido a um aumento do comportamento de risco da população, à existência de indivíduos não diagnosticados e a uma baixa adesão à TARV na população diagnosticada.

No contexto atual, existem por volta de 2,5 pessoas vivendo com aids para cada mil habitantes residentes no Estado de São Paulo (SEADE, 2015).

Em São Carlos, segundo dados fornecidos pelo Programa municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/aids, no período de 1987 até início de julho de 2013, o número total de casos relativos a maiores de 13 anos era de 1903, sendo que entre estes registros 1298 (68,2%) já foram notificados como aids, 535 (28,1%) encontram-se vivendo com HIV e 720 foram a óbito. Em relação à distribuição, segundo faixa etária e sexo, a mais atingida é a do sexo masculino, compreendida entre 30 a 34 anos (243 casos – 19,9%), e do sexo feminino é de 30 a 34 anos (125 casos – 18,4%). Constata-se que a faixa etária mais atingida em ambos os sexos, concentra-se na faixa de 20 a 44 anos, correspondendo a 79,2% dos casos registrados.

Estudo de Val e colaboradores (2018) identificaram através de levantamento em prontuário 1.446 indivíduos com registro de diagnóstico de infecção por HIV/aids no SAE de São Carlos, destes 315 abandonaram o tratamento, 31 faleceram e 234 foram transferidos de município/serviço privado, totalizando 866 indivíduos atualmente em seguimento no serviço.

Antes de 1996, a mortalidade associada à infecção pelo HIV era superior a 20% ao ano. Nos países em que há ampla disponibilização de tratamento efetivo com antirretrovirais (ARV), essa taxa caiu para menos de 2,0% ao ano no intervalo recorde de dez anos. Entretanto, esse aumento de sobrevida decorrente do uso dos medicamentos ARV expôs as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) aos efeitos degenerativos da doença em outros âmbitos de sua saúde (BRASIL, 2015).

Em 2017, foram registrados no Brasil 11.463 óbitos por causa básica aids (CID10: B20 a B24), com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2018).

Em dezembro de 2013, foi publicado “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT), com isso Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4. O início cada vez mais precoce da TARV não só melhora a qualidade de vida das PVHA, mas também reduz o risco da transmissão (BRASIL, 2015).

Considerando os benefícios individuais e coletivos da importância da adesão adequada à TARV, conhecer a taxa de adesão e os fatores associados à ela ainda é um tema de relevância.

## 1.2. ADESÃO

O Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto junto à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma de suas metas, combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/aids. Como parte das ações de enfrentamento à epidemia de HIV, atingir a meta 90-90-90, a qual estabelece que, até 2020, 90,0% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas; destas, 90,0% estejam em TARV; e dentre estas, 90,0% tenham carga viral indetectável, indicando boa adesão ao tratamento (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a adesão a um medicamento envolve sua tomada na dose e frequência prescritas. Por outro lado, além do uso correto de medicamentos, a adesão ao tratamento, compreendida de modo integral, envolve também a realização de exames e consultas conforme solicitados.

Com as evoluções técnico-científicas e principalmente farmacológicas, especialmente após o desenvolvimento da TARV, as pessoas vivendo HIV/aids tem a oportunidade de viver com a doença e não para a doença como nos anos iniciais da epidemia (Schaurich; et al., 2006).

Os seis primeiros meses do início da TARV são especialmente importantes. A melhora clínica e imunológica, assim como a supressão viral é esperada nos indivíduos aderentes à TARV. Entretanto, podem ocorrer infecções oportunistas e/ou a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIR), bem como desenvolvimento precoce de reação às drogas, como hipersensibilidade, especialmente nos primeiros três meses de tratamento. Três momentos da TARV merecem especial atenção e cuidado da equipe multidisciplinar na abordagem do paciente: início da terapia; mudança de esquema terapêutico; e retorno de abandono (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde atualmente recomenda o manejo da TARV por meio do PCDT - adultos, cuja última atualização foi publicada em 2018 e tem por objetivo oferecer recomendações para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida das PVHA. Entre as recomendações está a oferta gratuita dos ARV pelas farmácias da rede pública municipal e utilização do Sistema

de Controle Logístico de Medicamento - SICLOM, para controle de informações sobre o fornecimento de ARV, controle dos estoques e da distribuição, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

Para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRnt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção, possibilidade de engravidar, gestantes e intolerâncias (BRASIL, 2018).

A não adesão ou baixa adesão ao uso da TARV implica a falência dos esquemas básicos, podendo estabelecer a necessidade de esquemas terapêuticos considerados de resgate que são mais complexos e geralmente exigem um número maior de comprimidos. A baixa adesão é considerada uma ameaça nos planos individual e coletivo, pois leva ao comprometimento da efetividade da terapia e favorece a disseminação de vírus que apresentem resistência aos medicamentos disponíveis (SILVA et al., 2015).

Uma revisão de 47 estudos sobre a adesão à TARV em pessoas que vivem com HIV/aids publicada em 2007, aponta que a taxa média de não adesão foi de 69,6%. A maior parte (27) desses estudos eram norte-americanos, e o ponto de corte de adesão variou entre 80 e 100%. Os fatores demográficos associados independentemente a não-adesão foram: idade; raça; sexo; escolaridade; renda e religião. Entre os fatores de vulnerabilidade associados independentemente a não-adesão foram encontrados: estresse psicológico; expectativa de autoeficácia em relação ao tratamento; utilização de drogas ilícitas e lícitas; depressão; disfunção neurocognitiva; provável modo de transmissão e não-adaptação da terapia na rotina de vida diária (BONOLO et al., 2007).

Um estudo realizado em 292 pessoas infectadas por HIV em seguimento em Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de São Paulo (SP) no período de 2007 a 2009, apenas 39,3% retirou 95,0% das doses prescritas em intervalo de 12 meses. A adesão foi fortemente associada a não perder nenhuma consulta médica, ter tido sintoma associado à aids e tomar menos comprimidos. Apesar dos autores terem utilizado como critério de adesão a retirada de 95,0% das doses, o corte de retirada acima de 80,0% foi estatisticamente relacionado à carga viral indetectável (GUTIERREZ et al., 2012).

Outro estudo realizado no Brasil, em 216 pessoas maiores de 13 anos com diagnóstico de HIV/aids em Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Salvador (BA), a prevalência de adesão foi de 75,0%, e os principais fatores associados a não adesão foram: maior tempo entre o diagnóstico de infecção por HIV e a aids, reação adversa ao medicamento, idade menor que 34 anos, menos que oito anos de estudo e uso de drogas (SILVA et al., 2015).

Dentre os aspectos dificultadores de não adesão, destacaram-se aqueles relacionados à conciliação entre exigências impostas pelo tratamento e atividades cotidianas, às representações sobre HIV e TARV e aqueles inerentes à complexidade do tratamento e os aspectos relatados como facilitadores da adesão à TARV destacaram-se a lembrança de sintomas da AIDS, a percepção do aumento da sobrevida e o vínculo estabelecido com membros da rede social do infectado. (SANTOS et al., 2011).

A aids é uma doença crônica e estigmatizante, a não adesão ao tratamento pode ser esperada em PVHA. O estigma interiorizado afeta diretamente o suporte social emocional e está relacionado com o menor grau de instrução, sendo as pessoas menos instruídas mais propensas a endossar crenças populares, de modo que se culpam pela doença e geram avaliações negativas de si (SANTOS et al., 2015).

As porcentagens de adesão descritas se diferem, possivelmente pelo fato de que foram estudos realizados em diversificados serviços de saúde, em realidades socioculturais diversas e utilizando diversos parâmetros de ponto de corte para as análises.

No estudo de Bonolo et al. (2007) foi descrito que 43 artigos apresentaram a incidência ou prevalência da não-adesão com média de 30,4% de não aderentes. As taxas variaram principalmente, segundo o tipo de medida, o desenho do estudo e o ponto de corte da adesão, fato este que dificulta o comparativo entre estudos.

A adesão ao tratamento ARV é um processo dinâmico, complexo, multifatorial e abrangente, sendo de difícil mensuração. Existem diversas formas descritas e validadas para mensurar a adesão à TARV, com distintas aplicações. Entre os exemplos mais comuns, pode-se citar o autorrelato (entrevistas estruturadas), informações de registros de farmácia, dispositivos eletrônicos de monitorização, dosagem de nível sérico terapêutico, métodos pictóricos (registro diário de medicamentos, entrevistas autoaplicáveis), entre outros. Cada um desses métodos

tem suas particularidades, vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que são propostos (BRASIL, 2010).

A adesão à TARV estimada pelo cálculo da porcentagem de cada medicamento do esquema utiliza a seguinte fórmula: (número de comprimidos tomados/número de comprimidos prescritos) por vezes 100. Assim a porcentagem de adesão ao esquema pode ser estimada pela média das porcentagens de adesão aos ARV prescritos, sendo considerado aderente àquele paciente que nas últimas 48 horas, utilizou pelo menos 95,0% das doses prescritas (LEITE, 2002).

Outros estudos consideram a avaliação de adesão à TARV em intervalo de tempo maior ou ainda comparando vários intervalos de tempo, como por exemplo, estudo de Blatt et al. (2009), em que foram considerados aderentes aqueles pacientes que, de acordo com o método investigado, utilizaram mais de 90,0% das doses, que não apresentaram atraso de mais de 10% do período certo para a retirada da medicação em um período de 1, 3, 7, 15 dias, 3 e 6 meses.

Outra forma seria por meio da utilização de entrevista com aplicação de instrumento, como por exemplo, o “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” – CEAT- VIH, que foi adaptado e validado por Remor (2007) no Brasil.

Segundo Remor et al. (2007), o questionário foi traduzido do original em espanhol ao português, utilizando o processo de tradução-retradução (espanhol/português/espanhol), seguido de avaliação verbal da compreensão com um pequeno grupo de pacientes. Foram estudadas as propriedades psicométricas do instrumento em uma amostra de 59 pacientes com infecção pelo HIV em tratamento antirretroviral. Os pacientes foram avaliados em centro especializado no atendimento de pacientes infectados pelo HIV ou com aids, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, entre os meses de junho a novembro de 2005. A análise dos resultados permitiu identificar uma adequada confiabilidade do questionário ( $\alpha=0,64$ ) e validade relacionada a um critério externo (carga viral;  $r=-0,48$ ;  $p<0,001$ ). Também pode ser observado adequada sensibilidade (79,2%) e especificidade (57,1%) do questionário para a detecção entre indivíduos com carga viral indetectável e detectável.

O controle da replicação viral é essencial na terapia antirretroviral altamente potente (TARV) e a adesão ao tratamento é o fundamento para esse controle (SILVA, 2015). Como os fenômenos relacionados à adesão terapêutica são

bastante complexos, a definição de estratégias que visem à melhora da adesão terapêutica deve ser realizada com base no perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de acompanhamento farmacoterapêutico (BLATT, 2009).

A expectativa de autoeficácia pode ser considerada um mecanismo para a ação humana, onde em altos níveis ela favorece o cumprimento das prescrições dos medicamentos (SANTOS, 2014). A seguir, serão apresentados os conceitos e como podemos verificar o nível de expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV.

### 1.3. AUTOEFICÁCIA

Um forte senso de autoeficácia aumenta a realização humana e o bem-estar pessoal de muitas maneiras. A crença de autoeficácia se relaciona com a resiliência, o quanto a pessoa acredita que consegue superar os obstáculos encontrados através de um esforço perseverante. Já a autoeficácia diminuída se relaciona a baixa capacidade de resolução dos problemas (BANDURA, 1994).

A falta de autoeficácia gera ansiedade e pode ampliar a gravidade das possíveis ameaças ao bem-estar. O fator determinante para melhorar a autoeficácia é o poder de autocontrole ou a capacidade de gerenciar os fatores estressores. Pessoas com esse forte senso rapidamente se recuperam após falhas. O senso de autoeficácia diminuído pode afetar fatores biológicos, alterando a capacidade do sistema imunológico de reagir em determinadas circunstâncias, por ser um sistema altamente interligado às reações emocionais (BANDURA, 1994).

A autoeficácia, definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação influencia a capacidade de gerir o próprio cuidado nas mudanças terapêuticas (KNOLL, et al., 2009).

Situações de risco para não adesão ao tratamento ARV têm sido investigadas e alterações na rotina diária ou esquecimento são motivos referenciados pelos pacientes para não uso da medicação. Estudos estão sendo desenvolvidos nesta área e hoje é possível utilizar instrumento validado para se conhecer a expectativa de autoeficácia para seguir prescrição antirretroviral.

A escala construída e validada por Leite et al. (2002) investiga a expectativa de autoeficácia em situações dificultadoras do seguimento da prescrição (21 itens), incluindo a) situações que exigem maior planejamento, atenção e organização para

tomar a medicação, b) situações que tendem a diminuir a preocupação com a doença ou afetam a confiança no tratamento e c) experiências negativas com a medicação antirretroviral e afetos negativos. Todos os itens emergiram da análise de conteúdo do depoimento de indivíduos em tratamento antirretroviral ou que abandonaram esse tratamento.

Segundo Leite et al. (2002), a consistência interna e a validade de construto foram examinados em 60 sujeitos que frequentaram ambulatório para pacientes em estágios avançados da doença (hospital-dia). Um escore de expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento foi derivado do primeiro componente da análise de componentes principais. A média do escore foi 0,25 para os sujeitos aderentes e 0,33 para os não aderentes ao tratamento (teste t,  $p = 0,046$ ). A chance de adesão duplicou quando o escore de expectativa de autoeficácia era maior em uma unidade ( $OR=2,07$ ;  $IC95\%=1,002$  a  $4,26$ ). A consistência interna foi alta (alfa de Cronbach= $0.96$ ). A escala demonstrou validade de construto e confiabilidade para medir autoeficácia para tratamento antirretroviral nesses pacientes.

Os itens poderão ser usados para avaliar a autoeficácia de pacientes, identificando aqueles em maior risco para não adesão e ainda para subsidiar intervenções oportunas.

Santos e colaboradores (2015) sugerem que o suporte social e a expectativa de autoeficácia, além de afetar a resposta terapêutica ao tratamento, podem interferir no acompanhamento do serviço de saúde, assim como servir como barreira de proteção para manutenção da adesão ao TARV. Ofertar apoio emocional para suporte de expectativa de autoeficácia pode contribuir com a melhoria da adesão ao tratamento, assim espera-se melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde de PVHA.

#### 1.4. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com as características salientes de seu ambiente (WHO, 1995).

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) engloba aspectos que são relacionados ou significativamente influenciados pela saúde ou pelas intervenções realizadas para a sua manutenção ou melhoria (SEIDI; ZANNON, 2004).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor há interesse crescente pela avaliação da QV. Informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

Em PVHA, o componente físico da QV tem sido surpreendentemente melhor do que o da população geral. No entanto, o componente mental e social tem sido pior. O avanço da idade tem sido negativamente associado à diminuição da QV no componente físico. Já o emprego formal e a contagem de CD4 têm sido associados positivamente. O uso de substâncias psicoativas tem sido negativamente associado ao componente mental da QV e o emprego formal tem sido associado a melhor componente social da QV (HIKASA et al., 2017).

A avaliação da QVRS oferece um meio de monitorar os efeitos de uma doença e de seu tratamento em termos do que é relevante para o indivíduo e muda o enfoque centrado no modelo biomédico, que tem se mostrado cada vez mais insuficiente, quando se considera que uma doença ou seu tratamento afeta somente o funcionamento biológico, desconsiderando que é capaz também de provocar alterações no bem-estar e no comportamento social. Além dos aspectos clínicos, considera a função física, social e bem-estar do indivíduo frente a uma doença ou tratamento (SEIDI; ZANNON, 2004).

Atualmente existem dois tipos de instrumentos para avaliação de qualidade de vida, os genéricos e os específicos. Os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde, podendo ser utilizado na população em geral ou portadores de doenças crônicas. Já os instrumentos específicos foram delineados com enfoque numa doença e têm como vantagem a capacidade de detectar particularidade da qualidade de vida em determinadas situações (REIS, 2008).

Entre os instrumentos disponíveis para avaliação QVRS em aids no Brasil, foi identificado o WHOQOL HIV que é uma adaptação cultural e validação do instrumento da organização mundial de saúde para pessoas que vivem com o HIV,

que apresenta 135 questões, foi traduzido e validado por Zimpel e Fleck (2007), que apontam um bom desempenho psicométrico, com resultados satisfatórios de consistência interna, validade de construto, validade discriminante e validade concorrente. A confiabilidade foi medida pelo alfa de Cronbach, o qual revelou valores acima de 0,70 e 27 das 31 facetas do WHOQOL-HIV.

Também está disponível o instrumento HIV/aids - Quality of Life (HAT- QoL), desenvolvido por Holmes & Shea (HOLMES; SHEA, 1998) construído especificamente a indivíduos infectados pelo HIV. Trata-se de instrumento prático com nove domínios e 42 questões, possibilitando sua aplicação em clínica diária. Desenvolvido através de métodos qualitativos que avaliaram os interesses identificados pelas PVHA que são negligenciados por outros instrumentos, como a preocupação com a medicação e a função sexual. Originalmente escrito em língua inglesa, mas foi traduzido e validado no Brasil por GALVÃO et al. (2004) e por SOÁREZ et al. (2009).

A versão do HAT-QoL, traduzida e validada no Brasil por Galvão et al. (2004), foi publicada no Caderno de Saúde Pública e manteve o questionário original em sua estrutura quanto à formulação das questões, uma vez que nenhuma delas referia-se a experiências estranhas à realidade das pacientes a serem avaliadas. A versão em português foi então aplicada a cinco PVHA, atendidas ambulatoriamente e, tendo-se obtido resultado satisfatório, foi aplicada na população definitiva do estudo.

A versão do HAT-QoL, traduzida e validada no Brasil por Soárez et al. (2009), foi publicado na Revista Panam Salud Publica. A consistência interna foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,73 a 0,90) e reprodutibilidade inter e intra observador foi alta (0,87 a 0,98 e 0,82 a 0,97, respectivamente).

Os 34 itens do HAT-QoL avaliam nove domínios de QV: função geral (seis itens), satisfação com a vida (quatro itens), preocupações com a saúde (quatro itens), preocupações financeiras (três itens), preocupações com a medicação (cinco itens), aceitação do HIV (dois itens), preocupações com o sigilo (cinco itens), confiança no profissional (médico, enfermeiro, ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente) (três itens) e função sexual (dois itens). Para responder cada questão, o indivíduo é conduzido a pensar sobre a sua QV nas últimas 4 semanas. As respostas têm formato de escala do tipo Likert de cinco pontos: "todo o tempo", "a maior parte do tempo", "parte do tempo", "pouco tempo" e "nunca". Em cada domínio, um é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto

menor o escore, mais acometida a função, maior a preocupação e menor a satisfação com a vida.

A compreensão da qualidade de vida das PVHA é fundamental, considerando a evolução crônica da infecção, a possibilidade de tratamento e maior sobrevida e convívio com uma doença estigmatizante, transmissível e incurável até o momento, com inúmeras consequências biopsicossociais que repercutem na qualidade de vida (GASPAR, 2011).

O presente estudo identificou a porcentagem de adesão a TARV dos PVHA utilizando dois métodos (instrumento de avaliação de adesão - CEAT e cálculo de retirada de ARV da farmácia), apresentou como hipótese a relação entre adesão inadequada e baixa expectativa de autoeficácia o que possivelmente interfere diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Com o crescente número e o aumento da expectativa de vida das PVHA, a meta de tratamento deixa de ser apenas a sobrevida, para também englobar diminuição de morbidades e melhora da qualidade de vida, visto que a infecção por HIV/aids atualmente é uma doença crônica.

A adesão ao tratamento antirretroviral é vital para o controle da transmissão da infecção, melhora da expectativa de vida, da morbidade e da qualidade de vida. Nesse sentido, o presente estudo busca contribuir com o conhecimento sobre os fatores associados à adesão à terapia antirretroviral, levando-se em consideração tanto as características sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas das PVHA, como medidas de avaliação de adesão, de autoeficácia e de qualidade de vida. Dessa forma possibilitará elencar fatores modificáveis, sujeitos a intervenções específicas que culminem com melhora da adesão ao tratamento antirretroviral das PVHA.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a adesão à terapia antirretroviral em pessoas que vivem com HIV/aids em SAE de São Carlos;

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar as características sócio-demográficas e clínicas dessa população.
- Avaliar a expectativa de autoeficácia para adesão à terapia antirretroviral dessa população;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dessa população;
- Analisar os fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral nessa população.

## 4. MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO

Estudo quantitativo, analítico correlacional de delineamento transversal. Na investigação correlacional, analisam-se as relações entre as variáveis, sem que se manipulem as variáveis em estudo. A análise correlacional não permite fazer inferências acerca da causalidade, mas das relações entre as variáveis (FORTIN; DUCHARME, 2003).

### 4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de São Carlo, interior do estado de São Paulo, ambulatório de referência para atendimento das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), atende seis municípios da região coração da regional de saúde de Araraquara. É integrado ao Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), onde também são atendidos pacientes dos programas de saúde de Hanseníase, Hepatites Virais, Tuberculose.

A coleta de dados foi realizada em sala reservada, no referido serviço, antes do início e/ou término das consultas e exames de rotina.

### 4.3 CASUÍSTICA

Fizeram parte deste estudo pacientes com diagnóstico de HIV/aids cadastrados no SAE. A identificação dos pacientes ocorreu por meio do cadastro de agendamento de consultas/exames no referido serviço.

Critérios de inclusão: (1) Pacientes com diagnóstico confirmado de HIV/aids em uso de antirretroviral há pelo menos 3 meses (2) encontrar-se cadastrado no SAE (3) Idade igual ou superior a 18 anos (4) ter capacidade cognitiva para participação – com base em análise no prontuário.

Critérios de exclusão: (1) Gestantes devido ao critério de acompanhamento durante a gravidez.

#### 4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para estimar a população atual de pessoas vivendo com HIV/aids no SAE, foram utilizados os dados de estudo de revisão de prontuários de todos os pacientes em acompanhamento no serviço no ano 2018. Foram identificados 1.446 indivíduos com registro de diagnóstico de infecção por HIV, destes 315 abandonaram o tratamento, 31 faleceram e 234 foram transferidos de município/serviço privado (VAL et al., 2018). A estimativa de pacientes em seguimento no SAE São Carlos foi de 866 indivíduos.

Para estimar a porcentagem de adesão à TARV em pessoas vivendo com HIV/aids em serviços especializados, foram utilizados como base os estudos de SILVA et al. (2015) e de BONOLO et al. (2007), que observaram taxas de adesão de 75 e 70%, respectivamente. Essas estimativas foram baseadas em estudos com diferentes metodologias de estimar adesão, utilizando-se de serviços e populações diferenciados. O estudo de SILVA et al.(2015), mais recente, utilizou como estimativa de adesão a regularidade de retirada na farmácia.

A amostra do estudo foi então calculada no programa Epi Info 7 considerando uma população total de pacientes com infecção por HIV/aids de 866 pacientes, uma expectativa de adesão à TARV de 75%, com estimativa de erro de 5% e nível de significância de 95%. Utilizando-se tais parâmetros, o tamanho da amostra necessário foi calculado em 216 indivíduos (Figura 1).

FIGURA 1. Cálculo da amostra de pessoas vivendo com HIV/aids a serem incluídas no estudo.

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study  
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	866	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	75 %	80%	108	108
Acceptable Margin of Error:	5 %	90%	164	164
Design effect:	1,0	95%	216	216
Clusters:	1	97%	251	251
		99%	316	316
		99.9%	419	419
		99.99%	491	491

#### 4.5 DISTRIBUIÇÃO AMOSTRAL POR SEXO E IDADE

O plano amostral proposto para a coleta dos dados foi a amostra aleatória estratificada, que consiste na divisão de uma população em grupos (chamados estratos) segundo algumas características conhecidas da população sob estudo. De cada um destes estratos são selecionadas amostras em proporções convenientes.

A vantagem de utilização deste tipo de plano amostral está relacionada com a questão do custo, uma vez que dividir a população toda em subpopulações internamente mais homogêneas diminui o erro amostral global (BUSSAB, 2005).

Na área da saúde é conhecida a relação de muitos desfechos com a idade e o sexo dos pacientes e essas variáveis têm sido utilizadas como controle na análise dos estudos. Optou-se, portanto por utilizar sexo e idade para compor os estratos do plano amostral.

Segundo relatórios da UNAIDS, em 2017 havia 860.000 pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, estando 69% na faixa etária entre 25 e 49 anos, 10% entre 15 e 24 anos, e 20% acima dos 49 anos, com uma proporção homem-mulher de 11:6.

Foram criados dezesseis estratos classificados por sexo (M/F) e por faixa etária (18 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, e 55 anos ou mais), tentando fazer com que cada estrato tivesse no mínimo dez unidades. O intuito foi garantir que cada estrato de sexo-idade fosse convenientemente representado, com uma proporção por sexo próxima da nacional.

Durante a coleta de dados foi priorizado o convite para participar da pesquisa os pacientes que se enquadravam na faixa-etária e sexo necessários para compor a amostra, efetivamente se distribuindo conforme tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição da amostra do estudo, segundo faixa-etária e sexo.

<b>Faixa-Etária</b>	<b>Amostra por faixa</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
18 a 24 anos	9 (4,1%)	7	2
25 a 29 anos	23 (10,5%)	19	4
30 a 34 anos	18 (8,2%)	11	7
35 a 39 anos	32 (14,6%)	23	9
40 a 44 anos	39 (17,7%)	25	14
45 a 49 anos	29 (13,2%)	12	17
50 a 54 anos	34 (15,5%)	19	15
55 ou mais	36 (16,4%)	17	19
<b>Geral</b>	<b>220 (100%)</b>	<b>133</b>	<b>87</b>

A amostra do estudo é equivalente ao cálculo amostral em tamanho e distribuição por sexo e faixa etária, apenas com a faixa etária maior que 49 anos um pouco mais representada (32 x 20%).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os autores que validaram os instrumentos utilizados foram consultados formalmente e consentiram sobre a utilização dos mesmos no estudo.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela secretaria de saúde da prefeitura municipal de São Carlos (Anexo I) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, parecer de número 2.622.435 (Anexo II). Todos os preceitos éticos da pesquisa científica envolvendo humanos foram respeitados, em atendimento a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os participantes foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa, a forma de divulgação dos dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), consentindo em participar voluntariamente da pesquisa.

#### 4.7 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Durante o período de coleta dos dados, periodicamente em torno de três vezes na semana, durante o horário de atendimento, foram verificados os prontuários dos pacientes e identificado àqueles que atendiam os critérios de inclusão/exclusão e também a estratificação da amostra (idade e sexo). Foi realizado convite a estes pacientes, para participar deste estudo, antes do início e/ou término das consultas de rotina no período de junho de 2018 a janeiro de 2019 (sete meses).

Em uma sala privativa do serviço, previamente à realização das perguntas, os participantes foram informados sobre o estudo e de seu caráter sigiloso. Quando demonstraram dúvidas, estas foram esclarecidas antes do início da entrevista. Após esta etapa, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) foi realizada em voz alta e solicitada a assinatura do participante. No caso de participante analfabeto, o consentimento foi formalizado pela impressão digital do primeiro pododáctilo direito.

Em seguida foram aplicados os instrumentos de coleta de dados. A aplicação destes instrumentos foi realizada por duas pesquisadoras devidamente treinadas e as entrevistas demoraram em média 40 minutos (mínimo de 22 minutos e máximo de 1h50min).

As entrevistas eram iniciadas logo após a assinatura do TCLE, com a aplicação dos instrumentos seguindo uma ordem padronizada: a) Questionário de caracterização sócio demográfica, afetivo-sexual e clínica; b) Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH); c) Escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral; d) Instrumento - HAT-QoL (HIV/aids Targeted Quality of Life). A ordem de aplicação dos instrumentos foi selecionada de maneira a aplicar questionários de cunho mais íntimo e pessoal no final da entrevista.

#### *4.7.1 Instrumentos e questionário*

##### **a) Questionário de caracterização sócio demográfica, afetivo-sexual e clínica.**

Foi construído para identificar as variáveis sócio demográficas, afetivo-sexual e clínica de PVHA (Apêndice 2). Foram identificadas:

- As variáveis sócio demográficas - identificação paciente (iniciais do nome), idade, sexo, cor da pele, escolaridade, profissão, renda familiar, com quem reside e religião.
- As variáveis afetivo-sexuais – atividade e orientação sexual, quanto a parceiros, sorologia e conhecimento do parceiro.
- As variáveis clínicas/laboratoriais e comportamentais – uso de cigarro, utilizou ou utiliza as substâncias psicoativas (álcool ou drogas), dados do diagnóstico (tempo e categoria de exposição), dados sobre ARV (tempo de uso, qual medicação utiliza, sobre suspensão do tratamento), dados sobre estágio da doença, presença de co-morbidades e efeitos adversos. Resultado e data dos exames complementares para acompanhamento específico (CD4 e carga viral).

Durante a entrevista foram coletadas as informações dos participantes em formato de questionamento para as variáveis sócio demográficas, afetivo-sexuais e substâncias psicoativas. Para as variáveis clínicas e laboratoriais diariamente após término das entrevistas, foi realizada pesquisa em prontuário físico para levantamento das informações relacionadas aos dados clínicos e laboratoriais.

##### **b) Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil]) - (Anexo III).**

O “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH), é um instrumento autoaplicável para a identificação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com infecção pelo HIV. Ele foi traduzido, adaptado e validado para uso no Brasil por Remor et al., (2007). Para a entrevista foi utilizada a versão online do questionário utilizando notebook através do link: <http://www.ceat-vih.info>, que foi a versão autorizada pelo autor (Anexo IV).

O CEAT-VIH é um instrumento com 20 perguntas que avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes adultos com infecção pelo HIV, é uma ferramenta rápida e simples de administrar. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (o menor valor de pontuação é 17, valor máximo possível 89), quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento.

O perfil de adesão ao tratamento é calculado automaticamente pelo programa CEAT-VIH, ao final do preenchimento do formulário online. É gerado um gráfico com cinco domínios (cumprimento, antecedentes de falta de adesão, comunicação médico-paciente, crenças e expectativas sobre o tratamento e satisfação com o tratamento) e índice de adesão global onde os escores são transformados de 0 a 100.

Para interpretação dos dados foi utilizada a legenda apresentada pelo autor do instrumento que é de 0 a 50: adesão inadequada, de 51 a 85: adesão insuficiente e de 86 a 100: adesão adequada.

Ao final da coleta de dados foi solicitado via e-mail ao autor do instrumento o banco de dados com as informações dos participantes, onde o mesmo enviou os dados em banco do SPSS. Utilizando programa específico foi realizada transcrição das informações para banco de dados em Excel.

Foram adicionadas novas colunas no banco de dados ao lado direito de todos os domínios e do índice de adesão global, adicionando para análise a categorização 0 (zero) para adesão inadequada, 1 (um) para adesão insuficiente e 2 (dois) para adesão adequada.

Os escores utilizados nas análises foram os escores brutos (raw scores). O ponto de corte para adesão estrita (em raw score) é 80 (equivalente ao percentil 85).

**c) Escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral -**  
(Instrumento - Anexo V)

É uma escala relativamente pequena e de fácil administração, o que a torna adequada para aplicação em ambientes clínicos, foi desenvolvida e validada por Leite, et al. e publicada em 2002. Foi solicitada autorização para utilização do instrumento ao autor (Anexo VI).

A escala utilizada foi do tipo Likert, que investiga a expectativa de autoeficácia em situações dificultadoras do seguimento da prescrição, possui 21 itens, cada item recebe um código que vai de AE1 a AE21. Foi indagado aos participantes sobre conseguir tomar os remédios contra o vírus da aids como explica a receita para cada item. Para cada resposta: “não vou tomar mesmo”, “acho que não vou tomar”, “não sei”, “acho que vou tomar” e “com certeza vou tomar”, foi dado valor equivalente de um a cinco pontos (total mínimo de 21 pontos e máximo de 105 pontos).

No banco de dados foi criada duas novas colunas com variáveis uma com a pontuação total e outra com o escore 0 (zero) para os valores de pontuação total de até 101, e 1 (um) para os valores de pontuação maior que 101 pontos. Foi adotado o valor de corte sugerido pelo autor do instrumento que é de 101, com sensibilidade de 76,5%, especificidade de 73,1%, valor preditivo positivo de 55,4% e valor preditivo negativo de 87,7% para adesão ao tratamento antirretroviral.

#### d) Instrumento - **HAT-QoL (HIV/aids Targeted Quality of Life)** - (Anexo VII)

O instrumento HIV/aids – Quality of Life (HAT-QoL), desenvolvido por Holmes & Shea (HOLMES; SHEA, 1998) construído especificamente a indivíduos infectados pelo HIV. Foi escolhido para utilização do instrumento traduzido e validado no Brasil por Galvão (2004), que é amplamente utilizado para avaliar Qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas vivendo com HIV/aids. Ele mantém o texto próximo do proposto no instrumento original e propicia pontuação adequada para cálculo ponderado dos escores dos domínios com total de 100%. Foi solicitada aos autores autorização para uso do instrumento (Anexo VIII).

Os 42 itens do HAT-QoL avaliaram nove domínios de QVRS: atividades gerais (AG) - sete itens, atividades sexuais (AS) - três itens, preocupação com sigilo sobre a infecção (PSI) - cinco itens, preocupação com a saúde (PSA) - cinco itens, preocupações financeiras (PF) - quatro itens, conscientização sobre o HIV (CH) - três itens, satisfação com a vida (SV) - oito itens, questões relativas à medicação (QM) - quatro itens e confiança no profissional (CM) - três itens. Para responder cada questão, o indivíduo foi conduzido a pensar sobre a sua QV nas últimas

quatro semanas. As respostas têm formato de escala do tipo Likert de um a cinco pontos: "nunca", "pouco tempo", "parte do tempo", "a maior parte do tempo" e "todo o tempo". Em cada domínio, um é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, melhor a função, menor a preocupação e melhor a satisfação com a vida.

No banco de dados foram criadas colunas onde foram adicionadas fórmulas para cálculo de cada domínio ponderado:  $D1.AG=(BA*(100/28))-25$ ;  $D2.AS=(AS*(100/12))-25$ ;  $D3.PSI=(PS*(100/20))-25$ ;  $D4.PSA=(PAS*(100/20))-25$ ;  $D5.PF=(PF*(100/16))-25$ ;  $D6.CH=(CH*(100/12))-25$ ;  $D7.SV=(SV*(100/32))-25$ ;  $D8.QM=(QM*(100/16))-25$ ;  $D9.CM=(CM*(100/12))-25$  e a pontuação total  $HAT-QoL42=(HAT-QoL\ total*(100/168))-25$ , assim para as análises foram utilizados os índices ponderados de cada domínio (PercD1.AG; PercD2.AS; PercD3.PSI; PercD4.PSA; PercD5.PF; PercD6.CH; PercD7.SV; PercD8.QM; PercD9.CM), e o índice ponderado total (HAT-QoL100).

e) Cálculos de retirada de antirretroviral da farmácia e porcentagem de adesão.

A retirada dos antirretrovirais dos pacientes em TARV é centralizada na farmácia do Centro Municipal de Especialidade e registrada em sistema padrão do Ministério da Saúde SICLOM. Com a autorização da farmacêutica responsável pelo programa foram coletadas informações diretamente do SICLOM na farmácia durante o mês de fevereiro de 2019, verificando individualmente as datas das retiradas de cada participante e registrando as últimas sete retiradas a partir da data da entrevista (seis meses de tratamento anterior a data da entrevista). Para os participantes que utilizam os antirretrovirais por menor período, foram coletadas as datas de todas as retiradas.

Posteriormente todas as datas coletadas foram registradas em planilha de Excel, e inserido coluna com fórmulas para análise de cálculo de retirada de ARV descrito abaixo.

a) Para quem retirou mais de seis vezes ou nenhuma vez foi utilizada a fórmula:

Se retirada diferente de zero, a % retirada =  $(\text{soma do intervalo de dias entre as retiradas} - 180) * 100 / 180$

Se retirada igual à zero, a % retirada é 0.

b) Para quem retirou entre uma e cinco vezes

$\% \text{ retirada} = \text{número de retiradas} * 100 / 180$

c) Para os pacientes que iniciaram tratamento em um período menor que seis meses, a fórmula foi ajustada individualmente utilizando a soma de retirada igual a número de dias prescritos de ARV (exemplo: paciente com três meses de tratamento, 100% de retirada é igual há 90 dias).

Para finalizar, na planilha foi inserida nova coluna e nova fórmula para analisar a adesão, categorizando os dados em 0 (zero) para os valores de porcentagem menores de 90 e 1 (um) para os valores de porcentagem igual ou maior que 90. Considerando adesão adequada para os pacientes que retiraram pelo menos 90% dos antirretrovirais prescritos.

#### 4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de interesse foram digitados em planilha única sem identificação dos participantes, tabulados e organizados em banco de dados com dupla entrada, no programa Microsoft Excel. Onde banco 1 foi digitado por um pesquisador e banco 2 foi digitado por outro pesquisador. Foi criada nova planilha no Excel chamada de banco 3 onde foi utilizada função do Excel para verificar comparação entre os dois banco (1 e 2), foram corrigidas todas as inconsistências.

No banco de dados 3 após as correções, foi incluído uma nova aba onde foram categorizados os dados possíveis de forma dicotômica (sim ou não e 0 ou 1). Foi utilizado Programa Epi Info 7 para verificação das frequências e realização das análises.

Foi realizada primeiramente estatística descritiva das características sócio-demográficas, clínicas e imunológicas, virológicas, de tratamento antirretroviral e das escalas avaliando adesão à TARV, autoeficácia para adesão à TARV e de qualidade de vida relacionada à saúde. Frequências absolutas e relativas foram calculadas para variáveis categóricas. Variáveis contínuas foram descritas por medidas de tendência central e a variabilidade dos dados foi avaliada por estatística de dispersão.

Em seguida, foram avaliadas todas as variáveis quanto ao seu potencial fator associado a adesão à terapêutica antirretroviral, considerando a frequência de retirada de pelo menos 90% das doses prescritas. Para a análise estatística das variáveis quantitativas contínuas foi utilizada a análise de variância (ANOVA), em caso de distribuição normal; em caso de distribuição não homogênea pelo teste de

variância de Bartlett, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis para dois grupos. Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste exato de Fisher. A influência da variável foi considerada significativa quando o valor de p foi menor que 0,05.

As variáveis que mostraram associação com adesão ao tratamento antirretroviral com valor de  $p < 0,15$  foram incluídas em modelo de regressão logística múltipla. Para variáveis contínuas optou-se por utilizar a mediana como ponto de corte para transformação em dados dicotômicos, ou o uso de valor de corte validado na literatura. A metodologia de seleção para a análise multivariada backward. Foram mantidas no modelo variáveis com p-valor inferior a  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS

Participaram deste estudo 220 participantes, foram realizadas 222 entrevistas e foram descartadas duas entrevistas por motivo de duplicidade (participantes já haviam respondido os instrumentos da pesquisa).

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A amostra foi composta por indivíduos com idade média e mediana de 43 anos (mínima de 20 anos e máxima de 76 anos), 58,2% masculinos, 50,4% de cor de pele branca, 41,4% com escolaridade de ensino fundamental e 33,2% de religião católica. Segue a descrição dos dados na tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados sóciodemográficos, São Carlos, 2018.

Variável	Número	Porcentagem
<i>Gênero</i>		
Masculino	128	58,2%
Feminino	87	39,5%
Transexual Feminino	5	2,3%
<i>Cor da pele</i>		
Branca	111	50,4%
Parda	79	35,9%
Negra	27	12,3%
Amarela	3	1,4%
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	7	3,2%
Ensino fundamental	91	41,4%
Ensino médio	78	35,4%
Ensino superior	34	15,4%
Pós-graduação	10	4,6%
<i>Religião</i>		
Católica	73	33,2%
Evangélica	70	31,8%
Não tem	46	20,9%
Espírita	18	8,2%
Outra	13	5,9%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

Entre os participantes da pesquisa 27,3% estão desempregados, 42,3% possuem renda familiar de até um salário mínimo, 59,1% tiveram filhos e 42,3% moram com duas a quatro pessoas na residência. Segue a descrição dos dados na tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados socioeconômicos, São Carlos, 2018.

Variável	Número	Porcentagem
<i>Situação Profissional</i>		
Desempregado	60	27,3%
Autônomo	56	25,4%
Empregado de empresa privada	35	15,9%
Outro	32	14,5%
Aposentado	29	13,3%
Servidor público	8	3,6%
<i>Renda familiar</i>		
Sem renda	45	20,4%
Até um salário mínimo*	93	42,3%
Dois a quatro salários mínimos*	76	34,6%
Cinco salários mínimos ou mais*	6	2,7%
<i>Tem filhos</i>		
Sim	130	59,1%
Não	90	40,9%
<i>Pessoas na mesma casa</i>		
Zero	40	18,2%
Uma pessoa	60	27,3%
Duas a quatro pessoas	93	42,3%
Mais de cinco pessoas	27	12,2%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

\* Salário mínimo R\$954,00 reais em 2018 (fonte: Governo Federal/LDO).

Dos participantes 73,6% referem ser heterossexuais, 54,1% tem vida sexual ativa, 57,3% possuem parceria sexual fixa, sendo que 91,5% destes parceiros sabem sobre o diagnóstico de HIV e 52,1% apresentam sorologia não reagente para HIV. Segue a descrição dos dados na tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados referentes à vida afetivo-sexual, São Carlos, 2018.

Variável	Número	Porcentagem
<i>Orientação Sexual</i>		
Heterossexual	162	73,6%
HSH	58	26,4%
<i>Vida sexual ativa</i>		
Sim	119	54,1%
Não	101	45,9%
<i>Parceria sexual fixa</i>		
Não	126	57,3%
Sim	94	42,7%
<i>Parceiro (a) sabe seu diagnóstico</i>		
Sim	86	91,5%
Não	8	8,5%
<i>Situação sorológica do parceiro (a)</i>		
Não reagente	49	52,1%
Reagente	35	37,2%
Desconhecida	10	10,7%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

Entre os participantes 34,1% referiram o uso de cigarro, 44,1% referiram que já utilizaram substâncias psicoativas (álcool, cocaína, maconha entre outras) e destes 14,1% ainda utilizam as substâncias psicoativas. Segue a descrição dos dados na tabela 5.

TABELA 5 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados de dependência de substâncias psicoativas, São Carlos, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
<i>Utiliza ou utilizou cigarro</i>		
Não	145	65,9%
Sim	75	34,1%
<i>Utilizou álcool ou drogas</i>		
Não	123	55,9%
Sim	97	44,1%
<i>Utiliza álcool ou drogas</i>		
Não	189	85,9%
Sim	31	14,1%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

Referente ao estágio clínico da infecção 54,5% preencheram critérios para classificação de aids, a maioria dos participantes 33,8% tinham diagnóstico sorológico de HIV/aids em período compreendido entre dois e cinco anos, referente aos exames complementares de controle 67,7% apresentam contagem de CD4 maior que 500 células/mm<sup>3</sup> e 75,9% com carga viral abaixo de 40 cópias/mL. Segue a descrição dos dados na tabela 6.

TABELA 6 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados clínicos e laboratoriais, São Carlos, 2018.

<b>Variável</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
<i>Estágio clínico da infecção</i>		
Aids	120	54,5%
Não Aids	100	45,5%
<i>Anos de diagnóstico para HIV</i>		
Um ano ou menos	19	9,1%
Dois a cinco anos	71	33,8%
Seis a dez anos	57	23,4%
Onze a vinte anos	58	26,6%
Mais que vinte anos	15	7,1%
<i>Última contagem de CD4 (células/mm<sup>3</sup>)</i>		
Maior que 500	149	67,7%
351 a 500	19	8,6%
201 a 350	27	12,3%
Menor que 200	25	11,4%
<i>Última carga viral (cópias/mL)</i>		
Até 40	167	75,9%
41 a 500	16	7,3%
501 a 1.000	6	2,7%
1.001 a 100.000	23	10,5%
Acima de 100.000	8	3,6%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

No levantamento em prontuário foram identificados 7,3% de coinfeção por hepatite C; 2,5% de marcadores sorológicos para hepatite B; 6,0 % de coinfeção por tuberculose e 2,5% de diabetes mellitus.

Todos os participantes tinham prescrição de tratamento antirretroviral - TARV, destes 43,0% já utilizavam o antirretroviral de dois a cinco anos, 63,2% referiram que nunca interromperam o tratamento e 37,3% utilizam esquema de antirretroviral 2ITRN+1ITRNN (dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo). Considerando a adesão ao tratamento antirretroviral adequada a retirada de pelo menos 90% dos comprimidos prescritos, apenas 61,8% dos participantes apresentaram adesão calculada adequada. Segue a descrição dos dados na tabela 7.

TABELA 7 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo dados de uso de TARV, São Carlos, 2018.

Variável	Número	Porcentagem
<i>Anos de uso de antirretroviral</i>		
Um ano ou menos	25	5,5%
Dois a cinco anos	91	43,0%
Seis a dez anos	45	20,0%
Onze a vinte anos	53	28,5%
Mais que vinte anos	6	3,0%
<i>Terapia antirretroviral (TARV)</i>		
2ITRN+1II	40	18,2%
2ITRN+1ITRNN	82	37,3%
2ITRN+2IP	77	35,0%
Outros	21	9,5%
<i>Já interrompeu a TARV</i>		
Não	139	63,2%
Sim, por conta própria	74	33,6%
Sim, por indicação médica	7	3,2%
<i>Adesão calculada pela dispensação TARV*</i>		
Não	84	38,2%
Sim	136	61,8%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>

\*Adesão adequada = retirada maior ou igual a 90,0% das doses prescritas.

Em relação ao Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), apenas 20,0% obtiveram índice total de adesão adequado; quanto à Escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral 50,5% pontuaram acima de 101 pontos. Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo instrumento HAT-QoL, utilizando-se os valores ponderados em escala de 0 a 100, a pontuação média foi de 70,8% e mediana de 74,4%, com desvio padrão de 16,2%. Utilizamos corte de 74,0% ou mais para definir boa qualidade de vida em cada domínio e no escore total. A distribuição dos pacientes em relação a cada escala está apresentada na tabela 8.

TABELA 8 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo resultado da pontuação total dos instrumentos utilizados, São Carlos, 2018.

Variável	Número	Porcentagem
<i>Índice de Adesão Global ao TARV (CEAT-HIV) ≥ 80 pontos</i>		
Sim	44	20,0%
Não	176	80,0%
<i>Escala de Autoeficácia para Adesão ao TARV &gt;101 pontos</i>		
Sim	111	50,5%
Não	109	49,5%
<i>HAT-QoL Total Ponderado ≥ 74%</i>		
Sim	112	50,9%
Não	108	49,1%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,00%</b>

ARV - antirretroviral

O índice global de adesão obtido pelo instrumento CEAT-VIH apresentou escore com média de 83 e mediana de 86. Segue a descrição dos dados estratificados por domínios na tabela 9.

TABELA 9 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), São Carlos, 2018.

Domínio	Adesão inadequada*	Adesão insuficiente**	Adesão adequada***
<i>Cumprimento</i>	17 (7,7%)	76 (34,5%)	127 (57,8%)
<i>Antecedentes de falta de adesão</i>	15 (6,8%)	35 (15,9%)	170 (77,3%)
<i>Comunicação médico-paciente</i>	10 (4,5%)	128 (58,2%)	82 (37,3%)
<i>Crenças e expectativas sobre o tratamento</i>	11 (5,0%)	135 (61,4%)	74 (33,6%)
<i>Satisfação com o tratamento</i>	32 (14,6%)	63 (28,6%)	125 (56,8%)
<i>Índice global de adesão</i>	7 (3,2%)	103 (46,8%)	110 (50,0%)

\* Adesão inadequada: 0 a 50 pontos; \*\* Adesão insuficiente: 51 a 85 pontos; \*\*\*Adesão adequada: 86 a 100 pontos

Em relação à Escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral, a média foi de 97 pontos e mediana de 102 pontos, com mínimo de 21 pontos e máximo de 105 pontos.

Os resultados ponderados obtidos pelo instrumento para avaliação da qualidade de vida (HAT-QoL) foram: a média foi de 70,0% e a mediana 74,0%, com mínimo de 19,0% e máximo de 98,0%. Segue a descrição dos dados ponderados estratificados por domínios na tabela 10.

TABELA 10 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HAT-QoL), São Carlos, 2018.

Domínio	Adequada*	Não adequada
<i>Atividades sexuais</i>	89 (40,5%)	131 (59,5%)
<i>Preocupação com sigilo sobre a infecção</i>	55 (25,0%)	165 (75,0%)
<i>Preocupação com a saúde</i>	109 (49,5%)	111 (50,5%)
<i>Preocupações financeiras</i>	70 (31,8%)	150 (68,2%)
<i>Conscientização sobre o HIV</i>	111 (50,5%)	109 (49,5%)
<i>Satisfação com a vida</i>	160 (72,7%)	60 (27,3%)
<i>Questões relativas à medicação</i>	182 (82,7%)	38 (17,3%)
<i>Confiança no profissional</i>	206 (93,6%)	14 (06,4%)
<i>HAT-QoL Total</i>	112 (50,9%)	108 (49,1%)

\*Considerada qualidade de vida adequada pontuação ponderada em escala de 0-100 de pelo menos 74,0%.

## 5.2 AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO À TARV.

A seguir apresentamos a avaliação da relação entre as características das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral, pela dispensação na farmácia de mais de 90,0% das doses em seis meses.

A idade média dos pacientes aderentes à TARV foi de 43,7 anos (DP 10,6), e a dos pacientes não aderentes foi de 42,4 anos (DP 11,3), não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p= 0,42658$ , ANOVA).

O sexo masculino, a cor de pele branca em relação à todas as demais, o ensino superior em relação a todos os demais, a existência de fonte de renda, ter filhos e ter religião não foram associados à adesão à TARV. No entanto, os pacientes que moravam sozinhos tiveram uma maior adesão à TARV (77,5% versus 58,3%,  $p= 0,03023$  por Teste Exato de Fisher) (Tabela 11).

TABELA 11 – Características sócio-demográficas e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Variável	Nº	Total	Adesão à TARV > 90,0%	p*	OR**	IC95%***
<i>Sexo masculino</i>	86	133	64,7%	0,32132	1,3540	0,7780 2,3566
<i>Cor da pele branca</i>	70	111	63,1%	0,78156	1,1123	0,6455 1,9168
<i>Ensino superior</i>	31	44	70,5%	0,22583	1,6125	0,7894 3,2936
<i>Fonte de renda</i>	112	175	64,0%	0,22876	1,5556	0,8024 3,0158
<i>Morar sozinho</i>	31	40	77,5%	0,03023	2,4603	1,1065 5,4707
<i>Ter filhos</i>	74	130	56,9%	0,09028	0,5968	0,3390 1,0504
<i>Ter religião</i>	109	174	62,6%	0,37211	1,1801	0,6084 2,2887

<sup>#</sup>Dispensação na farmácia >90,0% das doses em 6 meses

\*Teste Exato de Fisher; \*\*Odds Ratio; \*\*\*Intervalo de Confiança

Com relação aos dados das características afetivo-sexuais, os homens que fazem sexo com homens tiveram aparentemente uma maior adesão à TARV que os homens e mulheres heterossexuais ( $p=0,01167$ , Teste Exato de Fisher). No entanto, a adesão ao tratamento foi menor em pacientes com vida sexual ativa do que em pacientes sem vida sexual ativa (54,6% versus 70,3%,  $p=0,1167$ , por Teste Exato de Fisher). Ter parceiro fixo, o parceiro saber do diagnóstico da infecção ou o parceiro ser sabidamente soropositivo não foram associados à adesão à TARV (tabela 12).

TABELA 12 – Características afetivo-sexuais e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Variável	Nº	Total	Adesão à TARV > 90,0%	p*	OR**	IC95%***	
<i>Homem que sexo com homem</i>	44	58	75,9%	0,01167	2,3913	1,2151	4,7061
<i>Vida sexual ativa</i>	65	119	54,6%	0,01849	0,5086	0,2908	0,8895
<i>Parceiro fixo</i>	53	94	56,4%	0,16296	0,6697	0,3866	1,1600
<i>Parceiro sabe sobre diagnóstico</i>	48	86	55,6%	1,00000	0,7579	0,1702	3,3740
<i>Parceiro soropositivo</i>	17	35	48,6%	0,28496	0,6034	0,2593	1,4040

<sup>#</sup> Dispensação na farmácia >90,0% das doses em 6 meses

\*Teste Exato de Fisher. \*\*Odds Ratio. \*\*\*Intervalo de Confiança.

O tempo de diagnóstico da infecção por HIV/aids não se mostrou diferente em pacientes com adesão à TARV (8,2 +/- 6,5 anos) em relação aos pacientes sem adesão (8,9 +/- 7,2 anos) (p=0,43081, ANOVA).

O tempo de tratamento antirretroviral também não se mostrou diferente em pacientes com adesão à TARV (6,9 +/- 5,7 anos) em relação aos pacientes sem adesão (7,6 +/- 6,4 anos) (p= 0,38765, ANOVA).

Em relação às características clínicas e laboratoriais dos pacientes com infecção por HIV/aids, ser tabagista e relatar ter interrompido alguma vez o tratamento foram associados à menor adesão ao tratamento (p=0,00331 e p=0,00000, respectivamente). Por outro lado, ter recentemente contagem de CD4 maior que 350 células/mm<sup>3</sup> e carga plasmática do HIV-1 indetectável foram associados a maior adesão à TARV (p=0,00922 e p=0,00000, respectivamente). Pacientes que já desenvolveram aids em algum momento do seguimento tenderam a ter menor adesão à TARV (55,8%) que pacientes assintomáticos ou com sintomas constitucionais (69,0%). No entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa pelo Teste Exato de Fischer (p=0,05166) (tabela 13).

TABELA 13 – Características clínicas e laboratoriais e a adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Variável	Nº	Total	Adesão à TARV > 90,0%*	p*	OR**	IC95%***	
<i>Tabagista</i>	36	75	48,0%	0,00331	0,4154	0,2341	0,7371
<i>Substância psicoativa</i>	53	97	54,6%	0,06895	0,5805	0,3350	1,0058
<i>Tratamento com inibidor de protease</i>	54	97	55,7%	0,12399	0,6279	0,3628	1,0869
<i>Interrompeu o tratamento</i>	31	81	38,3%	0,00000	0,2008	0,1111	0,3629
<i>Estágio clínico Aids</i>	67	120	55,8%	0,05165	0,5680	0,3256	0,9906
<i>Apresenta sintomas</i>	60	95	63,2%	0,77994	1,1053	0,6375	1,9161
<i>CD4 ≥ 350</i>	112	168	66,7%	0,00922	2,3333	1,2395	4,3924
<i>Carga viral indetectável</i>	120	167	71,9%	0,00000	5,9043	3,0016	11,6138

<sup>#</sup> Dispensação na farmácia >90,0% das doses em 6 meses

\*Teste Exato de Fisher. \*\*Odds Ratio. \*\*\*Intervalo de Confiança.

Não houve associação entre o Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) e a adesão à TARV avaliada pela retirada na farmácia, utilizando-se como ponto de corte o escore 80, equivalente ao percentil 85 (tabela 14).

TABELA 14 – Índice de Adesão Global ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Variável	Nº	Total	Adesão à TARV > 90%	p*	OR**	IC95%***	
<i>CEAT-VIH ≥ 80 pontos</i>	31	44	70,5%	0,22583	1,6125	0,7894	3,2936

<sup>#</sup> Dispensação na farmácia >90,0% das doses em 6 meses

\*Teste Exato de Fisher. \*\*Odds Ratio. \*\*\*Intervalo de Confiança.

Indivíduos com escores maiores que 101 na Escala de Expectativa de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral apresentaram maior adesão à TARV (69,4%) em relação àqueles com escores até 101 (54,1%), sendo essa diferença significativa ( $p=0,02619$ , Teste Exato de Fisher) (tabela 15).

TABELA 15 – Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral e adesão à TARV<sup>#</sup> em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Variável	Nº	Total	Adesão à TARV > 90%	p*	OR**	IC95%***	
<i>Autoeficácia &gt; 101 pontos</i>	77	111	69,4%	0,02619	1,9192	1,1050	3,3336

<sup>#</sup> Dispensação na farmácia >90,0% das doses em 6 meses

\*Teste Exato de Fisher. \*\*Odds Ratio. \*\*\*Intervalo de Confiança.

Em relação à qualidade de vida relacionada à saúde pelo instrumento HAT-QoL, o domínio preocupação com a saúde foi aparentemente associado a adesão à TARV (p=0,03814). No entanto, essa associação foi mais fraca na avaliação do escore total. Indivíduos com índices maiores de qualidade de vida (a partir de 74,0%) tiveram aparentemente maior adesão à TARV (67,0%) que indivíduos com menores índices (56,5%). No entanto, essa associação não foi estatisticamente significativa pelo Teste Exato de Fisher (p=0,1274) (tabela 16).

TABELA 16 – Qualidade de vida relacionada à saúde (HAT-QoL) e a adesão à TARV em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Domínios (Domínios ≥74,0%)	Nº	Total	Adesão à TARV > 90,0%	P*	OR**	IC95%***	
<i>Atividades gerais</i>	86	135	63,7%	0,47959	1,2286	0,7043	2,1433
<i>Atividades sexuais</i>	49	89	55,1%	0,09244	0,6195	0,3563	1,0771
<i>Preocupação sigilo sobre a infecção</i>	36	55	65,4%	0,63099	1,2316	0,6510	2,3299
<i>Preocupação com a saúde</i>	75	109	68,8%	0,03814	1,8081	1,0417	3,1382
<i>Preocupações financeiras</i>	43	70	61,4%	1,00000	0,9761	0,5447	1,7493
<i>Conscientização sobre o HIV</i>	69	111	62,2%	1,00000	1,0299	0,5977	1,7743
<i>Satisfação com a vida</i>	99	160	61,9%	1,00000	1,0089	0,5479	1,8576
<i>Questões relativas à medicação</i>	118	182	64,8%	0,06527	2,0486	1,0115	4,1492
<i>Confiança no profissional</i>	127	206	61,6%	1,00000	0,8931	0,2889	2,7613
<i>HAT-QoL Total ≥ 74,0%</i>	75	112	67,0%	0,12740	1,5618	0,9033	2,7003

\*Teste Exato de Fisher. \*\*Odds Ratio. \*\*\*Intervalo de Confiança.

### 5.3 ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO À TARV.

Para a regressão logística múltipla foram testados no modelo: sexo masculino; cor branca versus todas as outras; morar sozinho; ter ensino superior; ter renda; ser sexualmente ativo; ser homem que faz sexo com homem; ser tabagista; utilizar substância psicoativa; estágio clínico de aids; último exame de CD4  $\geq 350$  células/mm<sup>3</sup>; último exame de carga viral indetectável; utilizar inibidor da protease na TARV; escore Autoeficácia >101 pontos e escore HAT-QoL total  $\geq 74,0\%$ .

Optou-se por não incluir no modelo ter filhos, pois competiria com a variável morar sozinho. Também foi optado por não incluir no modelo ter relatado algum abandono de tratamento, pois essa informação por si só já é uma informação de adesão ao tratamento.

Em relação com a adesão à TARV, permaneceram no modelo como fatores associados à baixa adesão ao tratamento ser tabagista ( $p=0,0270$ ) e ter vida sexual ativa ( $p=0,0022$ ). Ter último exame de carga plasmática do HIV-1 indetectável ( $p=0,0000$ ) foi associado a maior adesão à TARV (tabela 17).

Tabela 17 – Regressão logística dos fatores associados a adesão à TARV em participantes do estudo, São Carlos, 2018.

Fator de proteção para adesão à TARV								
Característica	Análise univariada				Análise multivariada			
	Odds Ratio	(IC 95%)		P*	Adjusted Odds Ratio	(IC 95%)		P*
<i>Tabagista</i>	0,4947	0,2481	0,9864	0,0456	0,4834	0,2538	0,9208	0,0270
<i>Vida sexual ativa</i>	0,3948	0,1999	0,7795	0,0074	0,3679	0,1941	0,6971	0,0022
<i>CV indetectável</i>	4,0955	1,8027	9,3047	0,0008	5,9244	2,8754	12,2066	0,0000

\*Teste Exato de Fisher; CV = carga viral.

## 6. DISCUSSÃO

O presente estudo retrata o perfil das pessoas vivendo com HIV/aids na microrregião de São Carlos. Houve predomínio do sexo masculino com 58,2%, condizente com a tendência da situação nacional (MANGAL, 2019).

A idade média dos participantes foi de 43 anos, sendo que 57,2% tinham o diagnóstico de HIV há seis ou mais anos, demonstrando o envelhecimento da população soropositiva, em detrimento do aumento do número de casos em jovens. Conforme dado apontado pelo último boletim epidemiológico 2018 de HIV/aids, a maioria dos casos novos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,6% dos casos.

No Brasil no ano de 2017, a razão de sexos foi de 26:10 (M:F), provavelmente decorrente do aumento do número de casos em HSH (MS, 2018; MANGAL, 2019). No entanto, nosso estudo mostra uma razão de sexos menor, o que corrobora os dados do Boletim Epidemiológico: nos últimos dez anos nos grupos etários de 40 a 49 anos (6%), a razão de sexos foi de 19:10 (M:F) (MS, 2018).

A maioria dos participantes se autodeclararam brancos 50,4% como também pôde ser observado em outras amostras populacionais nos estudos sobre adesão à terapia antirretroviral (ZUGE, 2017 e FORESTO, 2017). Isso contrasta com a população nacional, onde a maioria se declara parda/preta (IBGE, 2010).

Quanto à escolaridade informada pela maioria dos participantes, foi ensino fundamental 41,4%, seguido de ensino médio 35,4%, discordando dos dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico (2018), onde a maior parte possuía ensino médio completo (27,5%) seguido de ensino fundamental incompleto (16,8%).

Em termos de renda familiar, 27,3% estavam desempregados, sendo a maior parcela 42,3% indivíduos que recebiam até um salário mínimo no momento da entrevista. Os dados seguem a tendência de pauperização da epidemia no país, ou seja, a crescente disseminação do HIV junto às camadas com baixos níveis de instrução e renda.

O censo demográfico realizado em 2010, pelo IBGE, apontou que o Brasil é um país religiosamente diverso, com a tendência de mobilidade entre as religiões e o sincretismo religioso, a população é majoritariamente cristã (87,0%), sendo sua maior parte católico-romana (64,4%). Os dados levantados no estudo confirmam esta inferência através dos relatos onde 80,1% apresentam alguma religião, sendo a maioria 33,2% de religião católica, seguido de 31,8% de religião evangélica.

Sobre a constituição da rede de apoio e orientação sexual como fator facilitador ou dificultador de adesão, foi verificado que 73,6% dos participantes eram heterossexuais, 54,1% apresentavam vida sexual ativa, 57,3% sem parceria fixa. Entre os que apresentavam união estável 91,5% dos parceiros sabiam sobre o diagnóstico de HIV/aids e 52,1% dos parceiros eram soro discordantes (sorologia não reagente).

Uma proporção significativa dos participantes referiu utilizar ou ter utilizado substâncias psicoativas. O tabagismo atual ou prévio foi relatado em 34,1%. Segundo Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a taxa de tabagismo no Brasil tem diminuído progressivamente, sendo atualmente de 14,5% na população geral (IBGE, 2014), o que pode estimar um elevado tabagismo entre PVHA.

A história de uso de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, maconha entre outras) foi referida por 44,1% dos participantes, sendo que 14,1% fazia uso atual. Esse dado é compatível com a estimativa do uso de álcool na população brasileira, estimado em 24% (IBGE, 2014).

Cerca de metade dos participantes 54,5% estavam em estágio clínico avançado da infecção (aids) segundo levantamento em prontuário, apresentavam diagnóstico há 2 a 5 anos 33,8%, 11 a 20 anos 23,4% seguido de 6 a 10 anos 26,6%.

Quanto aos parâmetros de controle de resposta ao tratamento, proporção significativa dos pacientes (67,7%) apresentava boa imunidade pela contagem de linfócitos CD4 acima de 500 células/mm<sup>3</sup> e 75,9% controle virológico, pela carga plasmática do HIV-1 abaixo de 40 cópias/mL (carga viral indetectável). Chama a atenção a boa resposta virológica em um contexto de apenas 61,8% de adesão à retirada de mais de 90,0% das doses prescritas em seis meses. Esse resultado corrobora o estudo de BONOLO et al. (2007), em que aparentemente é necessária a adesão a 80,0% das doses para o controle da viremia.

Sobre a TARV, a maioria dos participantes 94,5% utiliza o ARV há mais de um ano, sendo que 43,0% utilizam entre dois a cinco anos, 28,5% utilizam entre onze a vinte anos, seguido de 20,0% que utilizam entre seis a dez anos. Ou seja, nossa amostra teve predominância de pacientes com o diagnóstico já estabelecido há bem mais do que seis meses, não se tratando de estudo de adaptação à TARV.

Os esquemas antirretrovirais mais utilizados entre os participantes foram aqueles em que o esqueleto de análogos de nucleosídeos era associado a droga inibidora da transcriptase reversa não análoga de nucleosídeo (37,3%), seguidos de esquemas em que a terceira droga era um inibidor da protease (35,0%). Apenas 18,2% dos participantes faziam uso de inibidores da integrase, medicações com melhor perfil de segurança e tolerabilidade.

Segundo relatos dos participantes, 63,2% nunca interromperam a TARV, dado este que corrobora com a porcentagem calculada de adesão da amostra que foi e 61,8%; relatam também ter interrompido a TARV por indicação médica 3,2%, possivelmente associado aos efeitos colaterais da medicação.

Foi identificada a adesão adequada em pouco mais da metade da amostra, 61,8% considerando a tomada de 90,0% ou mais dos comprimidos prescritos. Os dados obtidos foram inferiores ao estudo de SILVA et al (2015) que encontrou taxa de adesão de 75,0% de retirada adequada na farmácia, porém a metodologia de cálculo de retirada foi diferente.

A preocupação com a adesão à terapia antirretroviral deve ser uma realidade nos serviços de saúde e exige intervenção multiprofissional. O vínculo com a equipe de saúde é primordial para a adesão ao tratamento (GOULART, 2018). Os dados de adesão insatisfatória, como os que foram encontrados neste estudo, devem suscitar uma reflexão sobre a prática diária dos profissionais que atuam nesse contexto, bem como sobre os métodos de trabalho utilizados para intervir na adesão.

Com relação aos resultados dos instrumentos utilizados, referente à escala de adesão CEAT-VIH apenas 20,0% obtiveram índice total de adesão considerado como adequado, valor este aproximado do encontrado em outros estudos: SILVA (2017), ZUGE (2017) e GOULART (2018) que também avaliaram a adesão à TARV utilizando escala CEAT-VIH e observaram respectivamente que apenas 30,0% dos pacientes aderiram adequadamente ao tratamento em Natal/RN, apenas 16,8% na região centro-oeste do Rio Grande do Sul e 9,3% em Florianópolis/Santa Catarina. Essa escala mostra valores muito abaixo dos valores calculados de retirada de medicamento, e não se relaciona à taxa de carga plasmática do HIV-1 indetectável. O único domínio que apresentou porcentagem de adesão mais próxima à de retirada na farmácia foi o de antecedente de falta de adesão, com 77,3% de adesão adequada.

O resultado obtido pela aplicação do instrumento, escala de expectativa de autoeficácia para seguir prescrição antirretroviral foi de 50,5% como autoeficácia adequada (pontuação > 101 pontos).

Segundo Santos (2015) pessoas com renda mais baixa, quanto maior o suporte emocional recebido maior será sua autoeficácia. Elas possuem médias significativamente superiores de suporte social instrumental e inferiores de expectativa de autoeficácia.

Considerando que cerca de metade da amostra do presente estudo apresentou pontuação baixa quando avaliado a expectativa de autoeficácia, o profissional de

saúde deve incentivar o suporte emocional, por seu impacto na melhoria da expectativa de autoeficácia colaborando assim com incremento na adesão.

Os resultados obtidos neste estudo por meio do instrumento para avaliação da qualidade de vida (HAT-QoL) foi 50,9% considerando qualidade de vida adequada (acima de 74,0%) das pessoas vivendo com HIV/aids em TARV. Os domínios que obtiveram melhores pontuações para QVRS foram confiança no profissional com 93,6%, questões relativas à medicação com 82,7% e satisfação com a vida com 72,7%, já os domínios com menores pontuações em QVRS foram preocupação com sigilo sobre a infecção com 25,0%, preocupação financeira com 31,8% e atividades sexuais com 40,5%.

Galvão et al.(2015) identificaram que a qualidade de vida relacionada à saúde mostrou-se comprometida em seis domínios do HAT-QoL: relacionados às atividades gerais, sexuais, preocupação com a saúde, com o sigilo, com questões financeiras e conscientização sobre o HIV, houve predomínio da adesão inadequada em 51,3% verificada através do CEAT-VIH em pacientes do Hospital Universitário Federal do Ceará.

As relações entre os dados das características sócio-demográficas e os possíveis fatores associados a adesão à TARV identificados na análise univariada foram morar sozinho ( $p=0,03023$ ) e não ter filhos ( $p=0,09028$ ). Esses dados foram discordantes de estudos em que o suporte social e familiar foi identificado como associado à adesão (SANTOS et al., 2011; PADOIN et al., 2018).

Para as características afetivo-sexuais foram identificados as variáveis homem que fazem sexo com homem - HSH ( $p=0,01167$ ) versus heterossexual e não apresentar vida sexual ativa ( $p=0,01849$ ). A associação de maior adesão em HSH não foi evidenciada em estudo prévio com esse objetivo em população de grande cidade (MORAES; CASSEB, 2017).

Com relação às características clínicas e laboratoriais, foram identificadas as possíveis associações com a adesão à TARV: não ser tabagista ( $p=0,00331$ ), nunca ter interrompido o tratamento ( $p=0,00000$ ), ter último exame de CD4  $\geq$  a 350 células/mm<sup>3</sup> ( $p=0,00922$ ) e ter último exame de carga viral indetectável ( $p=0,00000$ ).

A influência do tabagismo também se mostrou significativamente associada a adesão a 95,0% das doses no estudo de Carvalho et al (2013). Respostas imunológica e virológica adequadas são esperadas e corroboram a adequada metodologia de coleta de dados.

Os dados referentes aos resultados do questionário aplicado para avaliar adesão ao tratamento antirretroviral ( $p=0,22583$ ) não foram significativos, já para

os resultados do instrumento aplicado para avaliar autoeficácia para seguir prescrição de antirretroviral foram significativos com ( $p=0,02619$ ) comparados com possível associação com a adesão à TARV.

A escala de autoeficácia é de fácil aplicabilidade, podendo ser utilizada na prática clínica, com a finalidade de avaliar a expectativa de autoeficácia dos pacientes, possibilitando um trabalho focado nas situações que eles se julgam menos capazes de cumprir a prescrição, ajudando-os a desenvolver mecanismos de enfrentamento dessas situações, aumentando assim os níveis de autoeficácia e consequentemente, os de adesão (SANTOS et al., 2014).

Para os dados do instrumento aplicado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, foi identificada associação com a adesão à TARV considerando o domínio preocupação com a saúde ( $p=0,03814$ ), no escore total ponderado ( $p=0,12740$ ) foi identificada associação, porém não estatisticamente significativa. Segundo GALVÃO et al. (2015) a correlação entre os escores das escalas mostrou significância estatística nos domínios relacionados à medicação e confiança no profissional, diferentemente do encontrado no SAE de São Carlos.

A avaliação de fatores associados de adesão à TARV por regressão logística multivariada demonstrou valores significativos apenas para: não tabagista ( $p=0,0270$ ), vida sexual não ativa ( $p=0,0022$ ) e último exame de carga viral indetectável (0,0000).

Outros estudos com análise multivariada de fatores associados a adesão à TARV identificaram outros fatores. ZUGE et al.(2017) identificaram que não estudar ou estudar até o ensino fundamental (RPaj2: 1,53; IC95%: 1,10-2,12) foi associado a não adesão; FORESTO et al. (2017) observaram que diagnóstico de infecção pelo HIV/aids há mais de 10 anos ( $p=0,002$ ), contagem de TCD4+ maior que 350 células/ mm<sup>3</sup> ( $p<0,001$ ), carga viral indetectável ( $p=0,025$ ) e não apresentar dificuldades para comparecer às consultas ( $p=0,047$ ) obtiveram associação significativa com os maiores graus de adesão; CARVALHO et al. (2003) descreveram que duas variáveis mostraram significância estatística: renda familiar, ganhar menos que três salários mínimos, tem maior probabilidade de não aderência (OR=11,0; IC95%=3,8- 31,6) e a utilização de substâncias ilícitas (OR=9,0; IC95%=2,8-28,5).

Como podemos observar nos estudos nacionais, os resultados entre os fatores de riscos associados com a adesão se alternam e se repetem entre as variáveis estudadas, provavelmente pela diversidade entre as realidades locais do Brasil e de estruturas dos diversos serviços de saúde onde as informações foram coletadas.

Estudo qualitativo avaliou as dificuldades e aspectos que facilitam a adesão à TARV, no SAE de Belo Horizonte/MG. No que tange as dificuldades encontradas, foram identificadas categorias relativas ao cotidiano de vida, às representações sobre o HIV e à complexidade do tratamento. Quanto aos aspectos facilitadores, as categorias encontradas foram a ausência de efeitos colaterais, a lembrança dos sintomas da doença, o aumento da sobrevida e a influência da rede social (SANTOS et al., 2011).

Entende-se que, ampliar estudos acerca da prevalência e as implicações da não adesão ainda é necessário, uma vez que poderá ser focalizada a busca de medidas que venham a melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desta população.

É necessário refletir sobre o fato da aids ser uma doença crônica, a avaliação do grau de adesão à terapia antirretroviral do paciente não envolver um julgamento definitivo, o grau de adesão variar ao longo do período do tratamento. Dessa forma, a adesão deve ser constantemente estimulada pelos profissionais da saúde, tendo sempre em mente sua corresponsabilidade no sucesso ou fracasso da terapia.

De um modo geral, as pessoas vivendo com HIV/aids não apresentam adesão adequada à terapia antirretroviral conforme as recomendações, o que favorece a elevação da carga viral e também ao dano ao sistema imunológico, assim tendo como consequências a progressão para a aids e o aumento da chance de manifestação de infecções oportunistas.

A melhora da expectativa de autoeficácia aumenta a adesão à TARV diminui as chances de progressão da doença e diminuição da transmissibilidade do vírus, melhorando a qualidade de vida relacionada à saúde.

Aparentemente em uma cidade de porte médio no interior de São Paulo, medidas que garantam sigilo e privacidade como morar sozinho e não ter vida sexual ativa melhoram a adesão. Isso contrasta com o encontrado em grandes cidades, onde a possibilidade de ser apontado e julgado é menor, e a rede social é benéfica. Hábitos saudáveis também parecem favorecer a adesão, como não fumar e não utilizar álcool e drogas ilícitas, isso em nosso estudo e na literatura.

## 7. CONCLUSÃO

As pessoas vivendo com HIV/aids e acompanhadas no SAE de São Carlos apresentaram apenas 61,8% de adesão a 90,0% das doses de antirretrovirais prescritas.

Os fatores possivelmente associados a adesão à TARV foram não fumar, não ter vida sexual ativa e ter o último exame de carga viral indetectável.

A amostra estudada apresentou média de idade maior e menor escolaridade do que a população de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil.

A expectativa de autoeficácia para seguir prescrição antirretroviral foi de 50,5%, também foi identificado valor significativo com relação à escala comparado com possível associação com a adesão à TARV.

A qualidade de vida relacionada à saúde foi adequada em 50,9% das pessoas vivendo com HIV/aids em TARV. A confiança no profissional contribuiu com 93,6%, as questões relativas à medicação contribuíram com 82,7% e a satisfação com a vida contribuiu com 72,7% da QVRS. No domínio preocupação com a saúde foi identificada associação significativa com a adesão à TARV, considerando escore total ponderado do HAT-QoL foi identificada associação, porém não estatisticamente significativa.

Tais resultados mantêm a condição da adesão como um problema de saúde pública. A adesão à TARV ainda é um tema que suscita divergências entre a comunidade científica, sendo necessário ser discutido. Em relação ao conhecimento sobre a adesão, faz-se necessário conhecer os fatores associados para identificação de indivíduos com maior propensão ao uso inadequado ou interrupção da TARV.

Uma avaliação precisa da adesão e dos aspectos atrelados a esse processo é fundamental para o adequado planejamento do cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids. Também a necessidade de discussão entre profissionais de saúde e usuários a respeito das vantagens obtidas na adesão ao tratamento visando um maior envolvimento do usuário na manutenção de sua saúde.

Este trabalho apresentou algumas limitações, entre elas um possível viés de seleção, onde fizeram parte deste estudo pessoas vivendo com HIV/aids que frequentaram o serviço de saúde mesmo que irregularmente, não tendo a chance de convidar para estudo pessoas que não frequentam o serviço o que pode ter aumentado a porcentagem de adesão encontrada; e uma possibilidade de erro na estimação da adesão pelo método do cálculo baseado na data de retirada dos

medicamentos, uma vez que não se pode garantir que o paciente tenha de fato ingerido todas as doses do antirretroviral.

Entende-se que, ampliar estudos acerca da prevalência e as implicações da não adesão ainda é necessário, uma vez que poderá ser focalizada a busca de medidas que venham a melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desta população.

## 8. REFERÊNCIAS

BANDURA, A., Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A, **A autoeficácia**. In RAMACHAUDRAN, V.S. enciclopédia do comportamento humano. V. 4, New York: Ed Academic Press, p. 71-81, 1994.

BLATT, et al, **Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil**, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 42(2):131-136, mar-abr, 2009.

BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M.; GUIMARÃES, M.D.C., **Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão**, Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4) :261-278, out-dez, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 408 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1702-1.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**, [S.l.], julho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**, Brasília, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Boletim, **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids**, Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Boletim, **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids**, Brasília, 2018.

BUSSAB, Wilton de Oliveira (Coaut. de); BOLFARINE, Heleno. **Elementos de amostragem**. São Paulo, SP: Edgard Blucher, 2005. 274 p. ISBN 8521203675 (broch.).

CARVALHO, C.V.; DUARTE, D.B.; MERCHAN-HAMANN, E.; BICUDO, E.; LAGUARDIA, .J., **Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):593-604, mar-abr, 2003.

DEEKS, S. G.; LEWIN, S. R.; HAVLIR, D. V. **The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease**. Lancet, [S.l.], v. 382, n. 9903, p. 1525-33, 2 nov. 2013.

FORESTO, J.S.; MELO E.S.; COSTA, C.R.B.; ANTONINI, M.; GIR, E., REIS, R.K., **Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista**. Rev Gaúcha Enferm. mar;38(1):e63158. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>, 2017.

FORITN, M.F.; DUCHARME, F. **O processo de investigação: da concepção à realização.** Os tipos de estudos correlacionais. 3ª. Ed. Editora Lusociênciai,. Cap. 13, p.173, 2003.

GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T. A. R.; J.M. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/Aids através do HAT-QoL.** Cad. Saúde Pública, v.20, n.2, p. 230-437, 2004.

GALVÃO, M.T.G.; SOARES, L.L.; PEDROSA, S.C.; FIUZA, M.L.; LEMOS, L.A., **Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV,** Acta Paul Enferm. 2015; 28(1):48-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>.

GASPAR, G; et al.; **Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista,** Rev. esc. enferm. USP, vol.45, no.1, São Paulo Mar. 2011.

GOULART, S.; MEIRELLES, B.H.S.; COSTA, V.T.; PFLEGER, G.; SILVA, L.M., **Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência.** REME – Rev Min Enferm. 2018; 22:e-1127. DOI: 10.5935/1415-2762.20180050.

GUTIERREZ, E. B. et al. **Measuring adherence to antiretroviral treatment: the role of pharmacy records of drug withdrawals.** AIDS Behav, v. 16, n. 6, p. 1482-90, Aug 2012. ISSN 1573-3254. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22392157> >.

HOLMES, J.A.; SHEA, J.A. **Performance on a new, HIV/Aids-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals.** Qual. Life Res.; v.6, p.561-571, 1997.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Brasil, 2010. Visitado em 30/06/2019: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia\\_tab\\_qregioes\\_xls.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_qregioes_xls.shtm)>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Brasil, 2014. 181p

KAPLAN R.M., Quality of life, resource allocation, and the U.S. Healthcarecrisis. In: Dimsdale J.E., Baum A., editors. **Quality of life in behavioral medicine research.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 3-30, 1995.

KNOLL, N.; SCHOLZ, U.; BURKERT, S.; ROIGAS, J.; GRALLA, O. **Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1 year follow up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses.** International Journal of Psychology, Paris, v. 44, n.2, p. 129-37, 2009.

LEITE, J.C.C., et al, **Desenvolvimento de uma Escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral,** Res. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(1), pp. 121-133.

MANGAL, T.D.; et al, **Estimating HIV incidence from surveillance data indicates a second wave of infections in Brazil,** Sponsored Document from Epidemics, doi:

MORAES, R.P.; CASSEB, J. **Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications.** Clinics (Sao Paulo), 2017; 72(12):743-749. DOI:10.6061/clinics/2017(12)05.

PADOIN, S.M.M.; et al. **A influência da situação conjugal no suporte social em pessoas infectadas pelo HIV: estudo transversal.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018;8:e2485. Acessado em 30/06/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2485>

REIS, R.K., **Qualidade de vida de portadores do HIV/Aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais.** Ribeirão Preto, 2008.

REMOR, E. Milner-Moskovics, J., Preussler, G., **Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”**, Rev Saúde Pública, 2007; 41 (5): 685-94.

ROSENBERG, M., **Society and the adolescent self-image.** Princeton: Princeton University Press, 1965.

SANTOS, E.E.P.; et al., **Expectativa de autoeficácia para tratamento de adultos com aids de um hospital universitário**, Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(8):2797-804, ago., 2014. DOI: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201429.

SANTOS, W.J.; et al., **Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG**, Rev Bras Enferm, 64(6): 1028-37, Brasília nov-dez, 2011.

SANTOS, W.M.; et al., **Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV**, Scientia Medica, 25(2):ID21105, 2015.

SCHAURICH, D., COELHO, D.F.; MOTTA, G.C.A., **Cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os antirretrovirais.** Ver. Enfermagem UERJ, v. 14, nº3, p.455-462, 2006.

SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de dados, **A vida com a Aids no Estado de São Paulo: informação e desafios para a política pública de saúde**, São Paulo, 2015.

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública, v 20, n. 2, p: 580-588,2004.

SILVA, J.A.G.; DOURADO, I.; BRITO, A.M.; SILVA, C.A.L., **Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6):1188-1198, jun, 2015. Visitado em 22/06/2019: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>>.

SILVA, R.A.R.; NELSON A.R.C.; DUARTE F.H.S.; et al. **Evaluation of adherence to antiretroviral therapy for AIDS patients.** Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):15-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.15-20>.

SOÀREZ, P.C., **Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil**, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 25(1), 2009.

UNAIDS. **Addressing a blind spot in the response to HIV: Reaching out to men and boys**; 2017.

UNAIDS. **Brazil: People living with HIV**. In: Aidsinfo. UNAIDS. Geneva: UNAIDS 2018. Visitado em 30/06/2019: <<http://aidsinfo.unaids.org/>>

VAL, J. L. D. D. et al. **Cascata de cuidado contínuo da infecção por HIV: coinfeções e perda de seguimento**. Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 22, p. 115, 2018.

WHO. WHOQOL: **Measuring Quality of Life**. Health statistics and information systems, Geneva, 1995. Acesso em: 30/06/2019

ZIMPEL, R.R.; FLECK, M.P., **Quality of life in HIV positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV**, Brazilian version, AIDS Care, v. 19, n-7, p.923-930, 2007.

ZUGE, S.S.; et al, **Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal**, Revista de Enfermagem da UFSM, Out./Dez.;7(4): 577-589, 2017.

## 9. APÊNDICES

### 9.1 APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### **TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado **“Adesão à terapia antirretroviral, autoeficácia e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas vivendo com HIV/aids”**.

Os objetivos deste estudo são: avaliar e relacionar a adesão a terapia antirretroviral, a expectativa de autoeficácia para adesão a terapia com antirretroviral e qualidade de vida relacionada à saúde, em pessoas vivendo com HIV/Aids. Você foi escolhido para participar da pesquisa por ser maior de idade e porque realiza tratamento com medicamentos antirretrovirais neste Serviço.

Sua participação é voluntária, isto é, você pode não aceitar participar ou a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com pesquisador ou com a instituição a que você realiza seu tratamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder 4 questionários (um sobre adesão ao tratamento medicamentoso, um sobre qualidade de vida, um sobre expectativa a capacidade de tomar medicação e um sobre dados pessoais) que serão lidos pela pesquisadora, a duração desta atividade será em torno de 30 minutos e será feita durante sua ida ao Serviço de Saúde para uma consulta.

1. Ao responder os questionários você não terá nenhum risco imediato, porém estará exposto a alguns riscos, dentre eles a possibilidade de se sentir cansado pelo tempo gasto para responder as perguntas, além disso, pode também se sentir constrangido com questões de caráter pessoal íntima e sobre sua saúde. Desta forma, sinta-se livre para marcar outro momento para responder ou até mesmo para desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento.
2. Os benefícios são relacionados à possibilidade de você entender melhor seu estado de saúde e identificar os pontos positivos para continuidade de seu tratamento, além de contribuir com seus dados para entendermos melhor como se dá a adesão ao tratamento antirretroviral.

3. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados divulgados em eventos, revistas ou trabalho científico, não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, já que seu nome ou qualquer dado que o identifique serão de conhecimento apenas do pesquisador.
4. Ao participar desta pesquisa você não terá ganhos financeiros ou gastos, mas caso haja alguma despesa, você será ressarcido.
5. Você tem o direito de procurar por indenização caso entenda que houve danos à sua saúde física ou mental em decorrência da pesquisa.
6. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador principal e o telefone e o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou este projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Pesquisador Responsável:** Isabella Gerin de Oliveira Bomfim

**Contato telefônico:** 16 - 997071389

**e-mail:** [isabellago@uol.com.br](mailto:isabellago@uol.com.br)

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão

UFSCar - Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565-905 – São Carlos/SP.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Pesquisadora Responsável

---

Participante

## 9.2 APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICA, AFETIVO-SEXUAL E CLÍNICA.

Pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário início: \_\_\_\_\_ Horário término: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

### Caracterização sóciodemográficas e econômica

Identificação do sujeito nº: \_\_\_\_\_ Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Gênero: F ( ) M ( ) Trans ( )

Cor da pele: Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Negra ( ) outra ( ) \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós graduação

Profissão: Autônomo ( ) Servidor Público ( ) Empregado empresa privada ( ) Empregado rural/agricultor ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Renda média familiar: Sem renda ( ) Até 1 salário mínimo ( ) Acima de 2 salários mínimos ( ) Acima de 2 a 4 salários mínimos ( ) Acima de 5 salários mínimos ( )

Quantas pessoas vivem na sua casa: \_\_\_ Você tem filhos: não ( ) sim ( ) quantos \_\_\_

Qual é sua religião: Católica ( ) Evangélica ( ) Protestante ( ) Espírita ( ) Não tem ( ) Outra ( ) \_\_\_\_\_

### Referente à sua vida afetivo-sexual

Ativa: não ( ) sim ( )

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

Parceria sexual fixa: não ( ) sim ( )

O parceiro atual sabe do seu diagnóstico: não ( ) sim ( )

Qual é a situação sorológica do parceiro em relação ao HIV: ( ) desconhecida ( ) em investigação ( ) reagente ( ) não reagente

### Identificação clínica e laboratorial

Uso de substâncias psicoativas:

Você utiliza ou já utilizou cigarro? Não ( ) Sim ( ), quantos cigarros por dia \_\_\_

Você já utilizou Substância psicoativa: ( ) não ( ) sim Qual/frequência? \_\_\_\_\_

Você utiliza Substância psicoativa: ( ) não ( ) sim Qual/frequência? \_\_\_\_\_

Qual foi a data de diagnóstico de HIV: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo em anos \_\_\_\_\_

Qual foi a data de início do ARV: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo em anos \_\_\_\_\_

Data das retiradas registradas no SICLON (últimos 6 meses): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de terapia Antirretroviral: Primeira linha de tratamento (TDF + 3TC + EFV\*) ( )  
Segunda linha de tratamento (2 ITRN + IP/r) ( ) Terapia antirretroviral em situações  
especiais ( ) \_\_\_\_\_

Você já interrompeu o tratamento ARV alguma vez? Não ( ) Sim, por minha conta  
( ) Sim, por indicação médica. Reação adversa: \_\_\_\_\_

Estágio clínico da infecção: 1ª fase – infecção aguda ( ) 2ª fase – assintomática ( )  
3ª fase – sintomática inicial ( ) 4ª fase – aids ( )

Presença de co-morbidades ou efeitos adversos: Lipodistrofia ( ) Resistência a  
insulina ( ) Diabetes ( ) Hepatite B ( ) Hepetite C ( ) Tuberculose ( )  
Pneumocistose ( ) Citomegalovirose ( ) Criptococose ( ) Toxoplasmose ( )  
Candidíase ( ) Outros \_\_\_\_\_

Resultado de Exames:

Ultimo exame - Contagem de LT-CD4+ \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

≤ 200 células/mm<sup>3</sup> ( ) 201 - 350 células/mm<sup>3</sup> ( ) 351 - 500 células/mm<sup>3</sup> ( )

> 500 células/mm<sup>3</sup> ( )

Ultimo exames – Carga Viral \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 10. ANEXOS

### 10.1 ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS

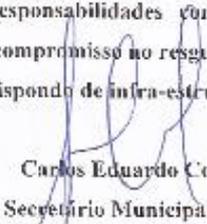
#### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa de mestrado do Departamento de Enfermagem da UFSCAR sob o título " ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS " apresentado pela pesquisadora Isabella Gerin de Oliveira Bomfim e sob a orientação da Professora Doutora Anamaria Alves Napoleão e que tem como objetivo geral : avaliar a adesão a terapia antirretroviral e suas relações com a expectativa de autoeficácia para adesão a terapia antirretroviral, qualidade de vida relacionada à saúde e com os fatores clínicos, sócio e demográficos das pessoas vivendo com HIV/Aids, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São Carlos, 19/03/2018

  
Carlos Eduardo Colenci  
Secretário Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cepnhumanos@ufscar.br](mailto:cepnhumanos@ufscar.br)

## 10.2 ANEXO II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

**Pesquisador:** Isabella Gerin de Oliveira Bomfim

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88170518.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.622.435

#### Apresentação do Projeto:

Desde seu início no Brasil em 1980, a epidemia de aids vem sofrendo mudanças e ainda hoje continua sendo um problema de saúde pública. Há um crescente número pessoas vivendo com HIV/aids e se falava em sobrevida após diagnóstico. Com o advento da terapia tríplice com antirretroviral, a aids passa a ser chamada de doença crônica devido à ampliação da expectativa de vida. O objetivo deste estudo é avaliar a adesão a terapia antirretroviral e suas relações com a expectativa de autoeficácia para adesão a terapia antirretroviral, qualidade de vida relacionada a saúde e com

os fatores clínicos e sociodemográficos das pessoas vivendo com HIV/aids. Trata-se de estudo analítico correlacional de delineamento transversal, que será realizado no ambulatório Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que fica no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas em São Carlos – SP. Onde serão coletados dados das pessoas maiores de 18 anos vivendo com HIV/aids, com pelo menos 3 meses de tratamento

antirretroviral cadastradas no serviço. Serão coletadas as características sociodemográficas e clínicas por meio de consulta aos prontuários e questionário aplicado junto aos pacientes que aceitarem participar da pesquisa. Também serão utilizados para coleta de dados instrumentos validados: CEAT-HIV - questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral, escala de expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de antirretroviral e HAT-QoL para análise da qualidade de vida relacionada a saúde. Os dados obtidos serão tabulados e organizados em banco

de dados, para posterior análise. Para a descrição dos dados obtidos será adotada a estatística descritiva: frequência simples, medidas de tendência central (média, mediana) e medida de dispersão (desvio padrão). As variáveis categóricas serão apresentadas sob forma de tabelas, com as frequências absolutas e porcentagens e as variáveis discretas serão caracterizadas, utilizando média, mediana e desvio-padrão. Em todos os testes estatísticos será adotado o nível de significância de 5%. Espera-se que os resultados possam apresentar dados para contribuir com informações para entender melhor como se dá a adesão ao tratamento antirretroviral e com isso poder identificar pontos positivos para continuidade do tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a adesão a terapia antirretroviral e suas relações com a expectativa de autoeficácia para adesão a terapia com antirretroviral, qualidade de vida relacionada a saúde e com os fatores clínicos, sócio e demográficos das pessoas vivendo com HIV/aids.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar os fatores clínicos, sócio e demográfico dos participantes do estudo;
- Avaliar a adesão à terapia antirretroviral dos participantes do estudo;
- Avaliar a expectativa de autoeficácia para adesão a terapia antirretroviral dos participantes do estudo;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes do estudo;
- Verificar as relações entre escores dos domínios das escalas utilizadas e fatores clínicos, sócio e demográficos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Possibilidade do participante se sentir cansado pelo tempo gasto para responder as perguntas, além disso, pode também se sentir constrangido com questões de caráter pessoal íntima e sobre sua saúde.

**Benefícios:**

Relacionados à possibilidade do participante entender melhor seu estado de saúde e identificar os pontos positivos para continuidade de seu tratamento, além de contribuir com dados para melhor entendimento de como se dá a adesão ao tratamento antirretroviral

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

termos obrigatórios apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1091380.pdf	10/04/2018 15:47:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	10/04/2018 15:45:43	Isabella Gerin de Oliveira Bomfim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/04/2018 14:45:44	Isabella Gerin de Oliveira Bomfim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	10/04/2018 14:40:04	Isabella Gerin de Oliveira Bomfim	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/04/2018 14:34:17	Isabella Gerin de Oliveira Bomfim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/04/2018 14:34:04	Isabella Gerin de Oliveira Bomfim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 26 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS **CEP:** 13.565-905  
**Telefone:** (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

### 10.3 ANEXO III - QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)

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

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? \_\_\_\_\_ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

## 10.4 ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO CEAT-VIH

28/05/2018

Re: Novo Documento 2018-05-16.pdf - isabellago@uol.com.br - UOL Mail



### Re: Novo Documento 2018-05-16.pdf

De: CEAT-VIH ONLINE  
Para: aa.napoleao@gmail.com, isabellago@uol.com.br  
Cópia:  
Cópia oculta:  
Assunto: Re: Novo Documento 2018-05-16.pdf  
Enviada em: 22/05/2018 | 09:42  
Recebida em: 22/05/2018 | 09:42

Prezadas Profa. Anamaria e Isabella,

Agradeço o envio do formulário de autorização.

Atualmente a autorização é concedida somente para uso da versão online do CEAT-VIH (<http://www.ceat-vih.info/>)

A aplicação do instrumento deve ser portanto online (ex. PC, Notebook, Tablet, iPads, Smartphone), a correção é automática indicando os escores e o perfil de cada paciente na adesão. A aplicação é fácil e breve, entre 4 e 8 minutos. Esta versão online corrige automaticamente os escores, informando o escore global e das 5 dimensões (em uma escala de 0 a 100, maior score melhor adesão). O resultado individual pode ser enviado por email. Assim que podes conservar o perfil numérico e gráfico de cada paciente avaliado.

Igualmente, é necessário incluir no campo CODIGO ao iniciar cada avaliação o seguinte código UFSC seguido do numero do paciente avaliado (ex. paciente 1 = UFSC001, paciente 2 = UFSC002, ..., paciente 53 = UFSC53, até concluir a amostra).

Isso permitirá quando finalizas a coleta de dados te enviar a base de dados coletada com o código de cada paciente e seus escores, para que unas com teus outros dados, se for o caso. Ao finalizar a coleta deve me enviar um email indicando os códigos incluídos para que possam ser recuperados e enviados os dados.

Fico a disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Cordialmente,

Prof. Eduardo Remor  
Autor do CEAT-VIH

2018-05-20 21:40 GMT-03:00 Anamaria Napoleao <[aa.napoleao@gmail.com](mailto:aa.napoleao@gmail.com)>:

Prezado Prof. Eduardo.

Segue formulário preenchido requerendo autorização para aplicação do instrumento CEAT - HIV em pesquisa.

Permaneço à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Anamaria

Anamaria A. Napoleão  
RN, PhD.  
Associate Professor  
Nursing Department - Federal University of São Carlos - SP - Brazil

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Isabella Gerin** <[isabellago@uol.com.br](mailto:isabellago@uol.com.br)>  
Data: 16 de maio de 2018 15:28  
Assunto: ENC: Novo Documento 2018-05-16.pdf  
Para: "[aa.napoleao@gmail.com](mailto:aa.napoleao@gmail.com)" <[aa.napoleao@gmail.com](mailto:aa.napoleao@gmail.com)>

Boa tarde! Profª. Anamaria

Segue novamente anexo.

Att.

Isabella

---

De: "Isabellago" <[isabellago@uol.com.br](mailto:isabellago@uol.com.br)>  
Enviada: 2018/05/16 15:26:11  
Para: [isabellago@uol.com.br](mailto:isabellago@uol.com.br)  
Assunto: Novo Documento 2018-05-16.pdf

Enviado do meu smartphone Samsung Galaxy.

<https://mail.uol.com.br/?xc=b1d4e5704f82e69c8e33282fee00a348#/webmail/0/mestrado/page:1/NDI30Q>

1/2

## 10.5 ANEXO V - ESCALA DE EXPECTATIVA DE AUTO-EFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO ANTI-RETROVIRAL

### Escala de Expectativa de Auto-Eficácia para Seguir Prescrição Anti-Retroviral

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita. Diga apontando aqui (mostrar escala), qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, o Sr/Sra conseguirá tomar os remédios da AIDS, como na receita, nas seguintes situações: Imagine que é o Sr /Sra quem está lendo... Vou conseguir tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita...

	Não vou tomar mesmo	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar	Código
Se eu estiver bem de saúde.						AE1
Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral.						AE2
Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo.						AE3
Se eu for discriminado ou rejeitado.						AE4
Se eu estiver ocupado ou me divertindo.						AE5
Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.						AE6
Se eu estiver na rua.						AE7
Se eu estiver me sentindo doente.						AE8
Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS.						AE9
Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.						AE10
Se eu estiver nervoso ou irritado.						AE11
Se mudar muito o médico que me atende.						AE12
Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia.						AE13
Se eu estiver com pessoas estranhas.						AE14
Se o remédio for difícil de engolir.						AE15
Se for feriado ou final de semana.						AE16
Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir.						AE17
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.						AE18
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.						AE19
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios.						AE20
Se os remédios estiverem me causando efeito ruim.						AE21

## 10.6 ANEXO VI - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO ESCALA DE EXPECTATIVA DE AUTO-EFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO ANTI-RETROVIRAL

28/05/2018

Fwd: Autorização para uso de instrumento - isabellago@uol.com.br - UOL Mail



### Fwd: Autorização para uso de instrumento

De: Anamaria Napoleao  
Para: isabellago@uol.com.br  
Cópia:  
Cópia oculta:  
Assunto: Fwd: Autorização para uso de instrumento  
Enviada em: 25/05/2018 | 18:42  
Recebida em: 25/05/2018 | 18:42

Anamaria A. Napoleão  
RN, PhD.  
Associate Professor  
Nursing Department - Federal University of São Carlos - SP - Brazil

----- Mensagem encaminhada -----  
De: **Jose Carlos de Carvalho Leite** <jcdc.leite@gmail.com>  
Data: 25 de maio de 2018 16:35  
Assunto: Re: Autorização para uso de instrumento  
Para: Anamaria Napoleao <aa.napoleao@gmail.com>

Prezada Anamaria,  
Obrigado pela opção da Escala de expectativas de auto-eficácia. Tens plena autorização para usá-la. Gostaria que considerassem a possibilidade de fazermos um estudo conjunto (futuramente) envolvendo diferentes serviços de saúde. Por exemplo, tal estudo poderia avaliar fatores de risco para a não adesão, usando a medida de expectativas. Enquanto isso, boa sorte no seu trabalho. Coloco-me à disposição.  
Att.  
Jose Carlos C Leite.

Em sex, 25 de mai de 2018 14:56, Anamaria Napoleao <aa.napoleao@gmail.com> escreveu:  
Prezado Prof. Dr. José Carlos,

Estamos desenvolvendo um projeto de mestrado com enfoque em adesão ao tratamento com antirretrovirais de pessoas vivendo com HIV/Aids, intitulado "ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: RELAÇÕES COM AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS".

A aluna responsável pelo desenvolvimento do estudo é Isabella Gerin de Oliveira Bomfim.

Solicitamos de V.Sa. autorização para utilização da Escala de expectativa de auto-eficácia para seguir prescrição anti-retroviral.

Desde já, agradecemos e colocamo-nos à disposição para prestar maiores esclarecimentos.

Att.

Anamaria

Anamaria A. Napoleão  
RN, PhD.  
Associate Professor  
Nursing Department - Federal University of São Carlos - SP - Brazil

10.7 ANEXO VII - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (HAT-QOL)

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (HAT-QoL)**

**Indicar APENAS UMA alternativa, de acordo com o que você fez na situação de cada pergunta e de acordo com as ÚLTIMAS 04 SEMANAS**

<b>Domínio 1: Atividades gerais</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Fiquei satisfeita com a minha atividade física*					
2	Fiquei limitada fisicamente na minha habilidade de realizar os afazeres de casa.					
3	A dor tem limitado minha habilidade de ser fisicamente ativa.					
4	Fiquei preocupada por não ser capaz de ir ao serviço ou cumprir as atividades rotineiras do dia a dia como costumava fazer no passado.					
5	Tenho sentido que portar o HIV tem limitado a quantidade de trabalho que consigo fazer no serviço ou nas minhas atividades rotineiras do dia a dia.					
6	Tenho me sentido cansada demais para ser socialmente ativa					
7	Minha saúde tem limitado minhas atividades sociais.					
<b>Domínio 2: Atividades sexuais</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Fiquei satisfeita com minha vida sexual*					
2	Estive interessada em sexo*					
3	Foi difícil para mim ficar excitada sexualmente.					
<b>Domínio 3: Preocupação com sigilo sobre a infecção</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Limitei o que conto para os outros sobre mim mesma.					
2	Tive medo de contar para os outros que estou com o HIV					

3	Fiquei preocupada a respeito dos meus parentes descobrirem que estou com o HIV.					
4	Fiquei preocupada a respeito das pessoas no meu serviço ou atividades rotineiras do dia a dia descobrirem que estou com o HIV.					
5	Fiquei preocupada pensando que poderia perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que estou com o HIV.					
<b>Domínio 4: Preocupações com a saúde</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Não consegui viver como gostaria porque estou tão preocupada com a minha saúde.					
2	Fiquei preocupada pensando que a minha saúde poderia piorar.					
3	Fiquei preocupada a respeito da minha contagem de células CD4.					
4	Senti incerteza a respeito do que o futuro me reserva.					
5	Me preocupei pensando em quando irei morrer					
<b>Domínio 5: Preocupações financeiras</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Me preocupei a respeito de ter que viver com renda fixa.					
2	Me preocupei a respeito de como irei pagar minhas contas					
3	O dinheiro foi muito pouco para eu me cuidar como acho que deveria.					
4	Tive dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosto de fazer*					
<b>Domínio 6: Conscientização sobre o HIV</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Me arrependi a respeito de como vivi a minha vida antes de descobrir que estava com o HIV.					
2	Senti raiva a respeito do meu comportamento de risco para o HIV no passado					
3	Consegui aceitar o fato de que estou					

com o HIV*						
<b>Domínio 7: Satisfação com a vida</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Aproveitei a vida.*					
2	Senti uma forte vontade de viver.*					
3	Me senti satisfeita com a minha vida.*					
4	Me senti em controle da minha vida.*					
5	Me senti bem comigo mesma.*					
6	Me senti motivada a fazer as coisas.*					
7	Fiquei satisfeita em ver como sou socialmente ativa.*					
8	Me senti contente em ver como tenho estado saudável.*					
<b>Domínio 8: Questões relativas à medicação (Responder, apenas quando em uso dos ARV)</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Tomar os meus medicamentos tem dificultado viver uma vida normal.					
2	Tomar os meus medicamentos me fez sentir melhor.*					
3	Tomar os meus medicamentos me fez sentir mais doente do que acho que sou.					
4	Tomar os meus medicamentos me fez sentir que estou lutando contra o HIV.*					
<b>Domínio 9: Confiança no Profissional</b>		<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Pouca parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	Senti que meu médico é alguém que me escuta.*					
2	Me senti confiante na habilidade do meu médico de atender pessoas com o HIV.*					
3	Senti com certeza que meu médico se preocupa a respeito do meu melhor interesse.*					

\* A pontuação é 5,4,3,2, e 1. Para os itens sem o \* os valores são inversos (1,2,3,4 e5)

## 10.8 ANEXO VIII - AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (HAT-QOL)

28/05/2018

Fwd: Permission for HAT QoL - isabellago@uol.com.br - UOL Mail



---

### Fwd: Permission for HAT QoL

De: Anamaria Napoleao  
Para: isabellago@uol.com.br  
Cópia:  
Cópia oculta:  
Assunto: Fwd: Permission for HAT QoL  
Enviada em: 23/05/2018 | 20:31  
Recebida em: 23/05/2018 | 20:32

----- Mensagem encaminhada -----

De: Shea, Judy <[sheaja@penncmedicine.upenn.edu](mailto:sheaja@penncmedicine.upenn.edu)>  
Data: qua, 23 de mai de 2018 às 10:21  
Assunto: RE: Permission for HAT QoL  
Para: Anamaria Napoleao <[aa.napoleao@gmail.com](mailto:aa.napoleao@gmail.com)>

Hello --Feel free to use and good luck. Judy

#### NOTE: My email address has changed

Judy A. Shea, Ph.D.  
Professor of Medicine - Clinician Educator  
Associate Dean for Medical Education Research  
Director of Evaluation and Assessment - School of Medicine  
Co-director, Masters of Science in Health Policy  
1317 Blockley Hall  
[423 Guardian Drive](#)  
[Philadelphia, PA 19104-6021](#)  
215 573-5111  
215 573-8778 (fax)  
[sheaja@penncmedicine.upenn.edu](mailto:sheaja@penncmedicine.upenn.edu)

**From:** Anamaria Napoleao [mailto:[aa.napoleao@gmail.com](mailto:aa.napoleao@gmail.com)]  
**Sent:** Wednesday, May 23, 2018 8:46 AM  
**To:** [SHEAJA@mail.med.upenn.edu](mailto:SHEAJA@mail.med.upenn.edu)  
**Subject:** Permission for HAT QoL

Dear Prof. Judy,

I'm a professor of the postgraduate program course in health sciences, Federal University of São Carlos – UFSCar, Brazil.

I have a master student that is developing a project focused on quality of life and adherence to antiretroviral treatment of people living with HIV / AIDS and we'd like to request your permission to use the HAT-QoL instrument.

We tried to e-mail Prof. Willian Holmes asking for permission, but we had no answer.

I'm at your disposal for any further information you may need.

<https://mail.uol.com.br/?xc=b1d4a5704f82e69c8a33282fee00a348#/webmail/0//mestrado/page:1/NDI30A>

1/2



ENC: Re: Autorização para uso do instrumento HAT-QoL

De: Isabella Gerin  
 Para: isabellago@uol.com.br  
 Cópia:  
 Cópia oculta:  
 Assunto: ENC: Re: Autorização para uso do instrumento HAT-QoL  
 Enviada em: 07/05/2018 | 17:17  
 Recebida em: 07/05/2018 | 17:17  
 HAT-QoL-for... .doc 89.71 KB

-----Mensagem original-----

De: Isabella G. de Oliveira [mailto:isabella.oliveira@saocarlos.sp.gov.br]  
 Enviada em: segunda-feira, 2 de maio de 2016 09:44  
 Para: isabellago@uol.com.br; Anamaria Napoleão  
 Assunto: Fwd: Re: Autorização para uso do instrumento HAT-QoL

----- Original Message -----

Subject: Re: Autorização para uso do instrumento HAT-QoL  
 Date: Fri, 29 Apr 2016 09:10:35 -0300  
 From: Marli Galvao <marligalvao@gmail.com>  
 To: "Isabella G. de Oliveira" <isabella.oliveira@saocarlos.sp.gov.br>

Prezada Isabella,

Fico muito feliz ao perceber que há profissionais interessados na avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo co HIV e, em especial, utilizando a HAT-QoL (42 itens). Aproveito para lhe enviar o impresso da Escala, pois irá ajudá-la na sua coleta de dados. Caso necessitar de outras informações estou à disposição.

Att,

Prof. Marli T. Gimenez Galvão

Em 28 de abril de 2016 13:44, Isabella G. de Oliveira escreveu:

> Boa tarde, Profª Marli  
 >  
 > Tudo bem?  
 >  
 > Sou enfermeira na rede pública municipal de São Carlos, trabalho no  
 > Programa de DSTs/Aids e no momento estou realizando aula como aluna  
 > especial de mestrado na UFSCar.  
 > Venho por meio deste, solicitar autorização para uso do instrumento  
 > Targeted Quality of Life (HAT-QoL), gostaria de utilizar em meu  
 > projeto de pesquisa para mestrado, com orientação da Profª Drª  
 > Anamaria Napoleão, com pessoas vivendo com HIV/Aids, adesão ao  
 > tratamento e qualidade de vida.  
 >  
 > Desde já agradeço.  
 >  
 > aguardo um retorno.  
 >  
 > Um abraço.  
 >  
 > Att.  
 >  
 > --  
 > Isabella Gerin de Oliveira  
 > Enfermeira - Coordenadora  
 >  
 > Centro de Atendimento de Infecções Crônicas Prefeitura Municipal de  
 > São Carlos  
 > Fone: 16 34198250 [1]

Links:

-----

<https://mail.uol.com.br/?xc=b1d4a5704f82e69c8a33282fee00a348#/webmail/0/mestrado/page:1/NDI3Ng>

1/2