



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA
O HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DOS EVENTOS
MARCADORES ASSOCIADOS À ADESÃO EM UM
ESTUDO DE COORTE NO MUNICÍPIO DE ALVORADA -
RS**

Rafael Steffens Martins

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Coorientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Porto Alegre, fevereiro de 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA
O HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DOS EVENTOS
MARCADORES ASSOCIADOS À ADESÃO EM UM
ESTUDO DE COORTE NO MUNICÍPIO DE ALVORADA -
RS**

Rafael Steffens Martins

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Martins, Rafael Steffens

Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/Aids: uma análise dos eventos marcadores associados à adesão em um estudo de coorte no município de Alvorada - RS / Rafael Steffens Martins.

-- 2020.

81 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.

Coorientador: Álvaro Vigo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. HIV. 2. Aids. 3. Adesão. 4. Tratamento antirretroviral. I. Knauth, Daniela Riva, orient. II. Vigo, Álvaro, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Emília da Silva Pons, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dra. Patrícia Fisch, Doutora em Epidemiologia e médica infectologista do Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Alvorada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a professora Daniela e o professor Álvaro pela confiança, paciência e cuidado com este trabalho. Poder contar com dois exemplos de orientadores foi um grande privilégio.

Também estendo os agradecimentos ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e todo seu corpo docente pelos inúmeros aprendizados vivenciados nos últimos dois anos.

À Patrícia e toda equipe do Serviço de Assistência Especializada de Alvorada pela recepção e confiança. Certamente cresci muito, não apenas como pesquisador, ao participar da coleta de dados da Coorte de Alvorada.

Obrigado Bruna, Bruno, Camila, Giovanni, Izabela, Jonatan, Julia, Priscila e Stella por permanecerem perto durante toda a escrita desta dissertação. Vocês tornaram esse processo muito mais leve. Agradeço especialmente a Isadora, pelo amor de sempre e pelo cuidado com este trabalho.

Por fim, agradeço aos meus pais e avó por todo apoio, confiança e amor.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estudos investigando fatores associados à não adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV.....	35
Quadro 2: Estudos investigando fatores associados à adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas e comportamentais dos pacientes, por sexo	70
Tabela 2: Fatores associados ao número de consultas em homens e mulheres	71
Tabela 3: Estimativas da razão de chances de adesão à terapia antirretroviral em homens	72
Tabela 4: Estimativas da razão de chances de adesão à terapia antirretroviral para mulheres	73

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	9
RESUMO	10
ABSTRACT	12
APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DE LITERATURA	18
A epidemia do HIV/Aids	18
Alternativas medicamentosas para o controle do HIV e o cenário brasileiro	21
Adesão como estratégia de frear a epidemia	24
Adesão: definições e medidas	27
Fatores associados à adesão	32
Adesão ao TARV em estudos de coorte	40
Considerações finais	42
OBJETIVOS	44
Objetivo Geral.....	44
Objetivos Específicos	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ARTIGO	54
INTRODUÇÃO	56
METODOLOGIA	56
RESULTADOS	59
DISCUSSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
ANEXOS	77
a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	77

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*)

AZT - Zidovudina

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Syndrome*)

HSH – Homens que fazem sexo com homens

ONG – Organização Não Governamental

PVHA – Pessoas vivendo com HIV/Aids

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

UDM - Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UNAIDS - Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (abreviatura em inglês para *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Dados do Ministério da Saúde estimam que 66% das 900 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil registraram dispensação de medicamentos antirretrovirais em 2018. Dessas, 17% estavam em baixa adesão e 8% abandonaram o tratamento até 2019. Aderir ao tratamento antirretroviral (TARV) é um processo complexo e diversos fatores, além de características como fatores sociodemográficos dos pacientes, podem impactar na adesão.

OBJETIVO: Analisar como eventos clínicos e sociais podem impactar na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de coorte com 528 pacientes que realizaram o tratamento para o HIV em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em um município no sul do Brasil. Foram analisadas 3429 consultas realizadas entre os anos de 2004 a 2017. Para cada consulta, foram coletados dados clínicos e do tratamento dos pacientes. Buscou-se avaliar o efeito de determinados fatores pontuais sobre a adesão ao TARV. A adesão, aferida pelo autorrelato dos pacientes em cada consulta, foi o desfecho do estudo. O modelo de regressão logística, via Equações de Estimativa Generalizadas (GEE), foi usado para estimação das associações.

RESULTADOS: Sobre as características dos pacientes da amostra, 67,8% possuem até 8 anos de estudo e cerca de 24,8% dos pacientes têm histórico de uso de drogas como crack e/ou cocaína. Entre os homens, verificou-se aumento nas chances de adesão nas consultas em que os pacientes estavam assintomáticos (RC = 1,43; IC 95% 1,05 – 1,93). Também aumentaram as chances de adesão possuir mais de 8 anos de estudo (RC = 2,32; IC 95% 1,27 – 4,23) e não apresentar histórico de uso de crack (RC = 2,35; IC 95% 1,20 – 4,57). Entre as mulheres, ter mais de 24 anos de idade (RC = 1,82; IC 95% 1,09 – 3,02), nunca ter usado cocaína (RC = 2,54; IC 95% 1,32 – 4,88) e estar em gestação (RC = 3,28; IC 95% 1,83 – 5,89) estiveram associados à adesão.

CONCLUSÃO: Além de características sociodemográficas definidas, eventos pontuais que podem ocorrer na trajetória de pacientes em tratamentos

longos, como início de uma nova gestação e não apresentar sintomas, podem impactar nas chances de adesão dos pacientes ao TARV.

Palavras-chave: Aids; Adesão; HIV; terapia antirretroviral; tratamento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Data from the Brazilian Ministry of Health estimate that 66% of the 900,000 people living with HIV in Brazil registered antiretroviral medication dispensation in 2018. Among these patients, 17% were in low adherence and 8% abandoned treatment until the end of 2018. Adhering to antiretroviral treatment (ART) is a complex process and several factors can impact adherence.

OBJECTIVE: Analyze how clinical and social events can impact adherence to antiretroviral treatment for HIV.

METHODOLOGY: This is a cohort study with 528 patients, who treat HIV at a Specialized Assistance Service (SAE) in a city in southern Brazil. There were analyzed 3429 consultations between the years of 2004 and 2017. For each consultation, we collected data of the treatment and the clinical condition of the patients. We aimed to estimate the effect of certain specific factors on adherence to ART. Adherence, as measured by patients' self-report at each visit, was the study's outcome. It was used the logistic regression model, via Generalized Estimation Equations (GEE), to estimate associations.

RESULTS: Regarding the characteristics of the patients in the sample, more than 67.8% had less than 9 years of study and about 24.8% of the patients had a historic with drugs, such as crack and/or cocaine. Among men, there was an increase in the chances of adherence in consultations in which patients were asymptomatic (OR = 1.43; 95% CI 1.05 - 1.93). The chances of adherence also increased in patients who have more than 8 years of study (OR = 2.32; 95% CI 1.27 - 4.23) and no historic of crack use (OR = 2.35; 95% CI 1.20 - 4.57). Among women, being over 24 years of age (OR = 1.82; 95% CI 1.09 - 3.02), never having used cocaine (CR = 2.54; 95% CI 1.32 - 4.88) and being pregnant (OR = 3.28; 95% CI 1.83 - 5.89) were associated with adherence.

CONCLUSION: Further than those defined socio demographic characteristics, events such as the beginning of a new pregnancy and not having symptoms, can impact the chances of patients adhering to ART.

Keywords: Aids; adherence; HIV; antiretroviral therapy; treatment.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/Aids: uma análise dos eventos marcadores associados à adesão em um estudo de coorte no município de Alvorada - RS” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 14 de fevereiro de 2020. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1. INTRODUÇÃO

A Aids foi identificada na década de 1980 como uma doença infecciosa de alta letalidade que atingia principalmente homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Desde o seu surgimento, estimativas apontam que cerca de 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus da Aids e 32 milhões morreram por complicações da doença no mundo (UNAIDS, 2019). Embora os primeiros casos tenham sido identificados nos Estados Unidos, não demorou para que a Aids, repleta de estigmas, alcançasse todos os hemisférios (GALVÃO, 2000).

Com os registros dos primeiros casos de infecção pelo HIV e de óbitos em decorrência da Aids no Brasil, diversos movimentos sociais e organizações de pessoas com a doença se articularam no país com o objetivo de pressionar uma resposta do Estado para o enfrentamento do problema. Por conta dessa pressão, a zidovudina (AZT), um dos primeiros medicamentos desenvolvidos para o enfrentamento do HIV, já era adquirida por meio de ações de judicialização. Em 1990, o medicamento passou a ser ofertada para todos os pacientes em todos os estados da federação (BARROS; SILVA, 2017; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Já em 1996, com o desenvolvimento e combinação de três tipos de medicamentos, a terapia antirretroviral tornou-se mais eficaz no combate ao HIV. Na época, o Brasil vivia um momento pós regime ditatorial e a população demandava do Estado a garantia de direitos fundamentais, como a saúde. Nesse contexto, o governo brasileiro incorporou o tratamento para o HIV/Aids ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a oferta gratuita de medicamentos. No mesmo contexto, também foram fortalecidos serviços específicos para o enfrentamento do HIV através da criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dos Serviços de Assistência Especializada (SAE). Com o desenvolvimento e oferta dos medicamentos antirretrovirais, o HIV passa a ser tratado como um problema de saúde pública com alternativa efetiva de tratamento, reduzindo significativamente o

número de óbitos em decorrência da Aids em comparação à primeira década da epidemia (GALVÃO, 2002; BRASIL, 1999).

Além do aumento na expectativa de vida e no incremento de qualidade de vida dos pacientes com HIV, estudos já comprovaram que a terapia antirretroviral, uma vez que reduz a carga viral do HIV nas pessoas com a doença, também pode minimizar o risco de transmissão do vírus por meio de relações sexuais. Isso significa que a adesão ao tratamento também serve como estratégia para diminuição da incidência de casos de Aids (BAVINTON et al., 2019; COHEN et al., 2011; RODGER et al., 2006). Nesse sentido, organizações internacionais, como a UNAIDS, propõem metas para alcançar uma possível erradicação da doença até 2030. Segundo as metas 90-90-90, propostas pela UNAIDS, isso seria possível se, até 2020: i) 90% de todas as pessoas com HIV soubessem do seu diagnóstico; ii) dessas, 90% estejam em tratamento; e iii) dessas, 90% possuam carga viral indetectável, ou seja, estejam em correta adesão, não oferecendo risco de transmissão do HIV para outras pessoas (UNAIDS, 2015a).

Analisando o cenário mundial, alguns estudos questionam se realmente será possível a erradicação do HIV até 2030 seguindo as metas propostas pela UNAIDS. Apesar do desenvolvimento do TARV e da expansão do acesso à terapia antirretroviral em diversos países, quase metade das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) não têm acesso ao tratamento (KENWORTHY; THOMANN; PARKER, 2018; UNAIDS, 2017). Vários estudos discutem também a adesão ao TARV como um desafio para o cumprimento das metas 90-90-90, já que falhas na adesão são observadas e esperadas tanto em países ricos quanto em países pobres (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006). Essas falhas na adesão são esperadas porque o uso do TARV é apontado na literatura como um processo complexo e associado a diversos fatores relacionados ao tratamento, ao estigma em relação à doença e a características e comportamentos dos próprios indivíduos. Diversos são os estudos que procuram investigar fatores relacionados à adesão ou não adesão dos pacientes ao TARV (CARVALHO et al., 2019; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

No Brasil, apesar da oferta de medicamentos para o HIV pelo SUS e dos avanços tecnológicos da terapia antirretroviral, alguns indicadores ainda apontam um cenário alarmante para algumas regiões do país. Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde mostram que, em 2018, o estado do Rio Grande do Sul registrou taxa de detecção de 27,2 casos de HIV para cada 100.000 habitantes – número superior à taxa média nacional de 17,8 casos. Analisando Porto Alegre e Região Metropolitana, as taxas de detecção são ainda maiores: em 2018, a capital gaúcha registrou taxa de detecção de 53,7 casos para cada 100.000 habitantes, enquanto em municípios da Região Metropolitana, como Alvorada, a taxa foi de 43,0 casos – mais de duas vezes a taxa brasileira. Porto Alegre também se destaca como sendo a capital com maior taxa de detecção de mulheres gestantes com HIV: 20,2 casos para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2019a). Com relação ao tratamento para o HIV, estima-se que das 900 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, 85% conhecem o seu diagnóstico, mas somente 66% estão em tratamento antirretroviral (BRASIL, 2019b).

REVISÃO DE LITERATURA

A epidemia do HIV/Aids

Estimativas recentes da UNAIDS apontam que 1,7 milhão de pessoas se contaminaram pelo HIV em 2019 (UNAIDS, 2019). Além disso, a Aids ainda aparece como sendo uma doença de alta mortalidade, uma vez que é responsável por cerca de 1,71% de todos os casos de óbito no mundo (GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK, 2018).

Apesar de estar presente em todos os continentes, diversos países apresentam indicadores e cenários diferentes em relação à prevalência do HIV. Como proposta para melhor compreender as realidades existentes em cada país, são sugeridas tipologias para discriminar a epidemia em três diferentes níveis. Para a Organização Mundial da Saúde, a epidemia do HIV pode ser caracterizada como sendo: i) epidemia *low-level* ou nascente, que corresponde ao cenário de países com prevalência de HIV menor que 5% nas populações-chave¹; ii) epidemia concentrada, quando existe pelo menos uma população-chave com prevalência de HIV maior que 5%, mas não há prevalência maior que 1% entre as gestantes; e iii) epidemia generalizada, quando as taxas de HIV são elevadas e não se limitam a populações-chave, afetando toda a população, incluindo as gestantes, que possuem prevalência de HIV igual ou maior a 1% (WHO, 2000). Para Pereira (2018), o Brasil, de modo geral, enquadra-se na tipologia de epidemia “concentrada”. Nesta perspectiva, populações-chave, como HSH e profissionais do sexo, se destacam nas estimativas de prevalência com, respectivamente, 19,8% e 5,3%, mas gestantes apresentam prevalência menor que 1% (BRASIL, 2017).

A Região Sul do Brasil possui uma situação epidemiológica distinta em relação ao restante do país. Dados do Ministério da Saúde destacam a região por apresentar, historicamente, elevadas taxas de detecção de HIV em gestantes e na população geral (BRASIL, 2019a). Entre os estados da Região

Sul, o Rio Grande do Sul chama a atenção como sendo o estado com maior taxa de detecção para o HIV em 2018: 27,2 casos para cada cem mil habitantes (BRASIL, 2019a). Em 2014, o estado foi reportado pela Organização Mundial da Saúde como pertencente à tipologia de epidemia generalizada para o HIV, uma vez que apresentava prevalência de 2% entre gestantes (WHO, 2014).

Ao longo da história da epidemia, é possível observar certas mudanças no perfil epidemiológico da doença. No início, a incidência de casos em mulheres era muito menor do que em homens. A população HSH, por exemplo, representava 71% dos casos notificados de Aids no Brasil em 1984. Com o passar dos anos, a epidemia da Aids passou por um fenômeno chamado de heterossexualização, não se limitando só à população HSH, uma vez que a transmissão heterossexual passou a ser uma importante característica da epidemia em todas as regiões do país. Prova disso foi a rápida mudança na proporção de casos de infecção por transmissão heterossexual: de 6,6% em 1988, para 39,2% em 1998. (BRITO; CASTILHOS; SZWARCOWALD, 2001).

Por consequência, as mulheres também passaram a ser uma população vulnerável à epidemia do HIV. O processo de “feminização” pode ser demonstrado a partir da análise da constante redução da razão de sexo (isto é, a razão de casos notificados em homens e mulheres) observada ao longo das décadas. Em 1985, essa razão era 24:1, ou seja, para cada 24 homens com HIV, existia apenas uma mulher. Em 1990, a razão passou a ser 6:1, e em 1997, 2:1. (BRITO; CASTILHOS; SZWARCOWALD, 2001). Hoje, em regiões específicas do país, como na Região Sul, a razão de sexo é ainda menor: 1,8:1. Em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, a proporção chega a 1,4:1 (BRASIL, 2019a).

Essa mudança no perfil epidemiológico da Aids também foi acompanhada por uma transformação espacial da doença no Brasil. A partir do final da década de 1980, a epidemia não estava mais focalizada no eixo

¹ No âmbito do HIV/Aids, populações-chave são grupos populacionais considerados mais vulneráveis ao vírus do HIV. Analisando a prevalência de HIV na população, estes grupos se destacam se em relação à prevalência média nacional.

Rio de Janeiro – São Paulo, uma vez que logo foram registrados casos em outras regiões do Brasil, incluindo em municípios menores. Com isso, já no final dos anos de 1990, a Região Sul e o estado do Rio Grande do Sul ocuparam um papel de destaque em relação às taxas de detecção de HIV no país (BRITO; CASTILHOS; SZWARCOWALD, 2001; BRASIL, 2019).

Hoje, indicadores do Ministério da Saúde continuam destacando a situação alarmante do HIV/Aids na população geral no Rio Grande do Sul. Dados do último boletim epidemiológico mostram que o estado possui a segunda maior taxa de detecção de HIV em 2018, atrás apenas do estado de Roraima. Analisando a situação epidemiológica do HIV na região metropolitana de Porto Alegre, o cenário também chama a atenção: a capital gaúcha aparece como sendo a terceira capital brasileira com maior taxa de detecção de casos novos de HIV: 53,7 para cada cem mil habitantes. O município de Alvorada, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, registrou taxa de detecção de 43,0 casos para cada cem mil habitantes – número 2,4 vezes maior que a taxa nacional de 17,8 casos para cada cem mil habitantes (BRASIL, 2019a).

Analisando a mortalidade em decorrência da Aids, o Rio Grande do Sul também é o estado brasileiro com maior coeficiente de mortalidade por Aids, apresentando 10 óbitos para cada 100.000 habitantes – quase o dobro da taxa brasileira (BRASIL, 2019a; PEREIRA et al., 2018). Embora se reconheça a existência de alta mortalidade em decorrência da Aids no mundo, a doença sofreu uma importante transformação a partir da década de 1990. Estimativas da UNAIDS (2019) indicam que as mortes relacionadas à Aids foram reduzidas em mais de 55% após a virada do século.

No início da epidemia, a Aids possuía maior letalidade e o diagnóstico da doença era encarado como uma “sentença de morte”. O desenvolvimento e de novas tecnologias, como medicamentos antirretrovirais, foi um marco importante na garantia de maior qualidade e expectativa de vida para as pessoas que viviam com HIV.

Alternativas medicamentosas para o controle do HIV e o cenário brasileiro

A Aids não demorou para atingir todos os cinco continentes e se tornar uma pandemia. Muitos estudos e pesquisas foram impulsionados por potências mundiais, com destaque para os Estados Unidos e França, com o objetivo de identificar o agente causador da doença e desenvolver novas tecnologias em saúde que pudessem frear a alta letalidade da Aids (BARRÉ-SINOUSI et al., 2013). Nesse contexto, quase três anos após a ascensão da doença, o vírus do HIV é descoberto e isolado - nunca uma doença infecciosa tivera sua causa descoberta tão rapidamente. Após isso, diversos medicamentos foram desenvolvidos e testados em pacientes na tentativa de diminuir os sintomas causados pelo vírus (BARRÉ-SINOUSI et al., 2013).

Em 1986, quase de forma acidental, foi utilizado um novo medicamento chamado zidovudina (AZT) para tratamento de Sarcoma de Kaposi em pacientes com HIV. A partir de então, identificou-se que o medicamento auxiliava não somente no tratamento específico do Sarcoma, como na melhora do quadro geral dos pacientes, uma vez que foi possível constatar redução da carga viral das pessoas, ou seja, diminuição na quantidade de HIV no organismo dos pacientes (FISCHL et al., 1987; LIMA et al., 1996; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Depois do AZT, somaram-se esforços para a descoberta de outros medicamentos antirretrovirais, que no início da década de 1990, já eram divididos em duas classes: os inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), como, além do AZT, Lamiduvina (3TC) e Tenofovir (TDF); e os inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo (ITRNN), como o Efavirenz (EFZ). Mas a grande transformação no tratamento da Aids aconteceu em 1996, quando foi desenvolvida uma nova classe de medicamento chamada inibidores de protease (IP), como o Lopinavir (LPV) e Atazanavir (ATV). Com a combinação de medicamentos das três classes, o enfrentamento da doença passou a ter novas perspectivas, onde a nova terapia combinada de alta potência mostrou-se altamente

eficiente na mudança da qualidade e sobrevida das pessoas infectadas com o vírus (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006; CECCATO et al., 2004).

Historicamente, o Brasil tem papel de destaque no cenário mundial por conta da oferta universal de medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV no país. Desde 1988, de forma tímida, como caracterizam Barros e Silva (2017), o Ministério da Saúde já ofertava medicamentos para as doenças oportunistas que ocorria em decorrência do HIV. Em 1989, alguns estados brasileiros já forneciam o AZT, principalmente por meio de processos de judicialização (GALVÃO, 2000). Já em 1990, o AZT passou a ser ofertado na rede pública em todo território nacional. (BARROS; SILVA, 2017).

Com o desenvolvimento da terapia combinada, o Brasil, por meio da lei nº 9.313 de novembro de 1996, torna-se pioneiro na oferta de medicamentos antirretrovirais para o tratamento da HIV/Aids. A lei garante, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência e oferta de remédios de forma gratuita e universal. É nesse contexto que são fortalecidos serviços públicos voltados para o combate da doença, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e as estratégias e campanhas de prevenção no âmbito da atenção primária (GALVÃO, 2002; BRASIL, 1999).

Este processo foi um marco na história da Aids no Brasil, principalmente pelo comprometimento do governo federal na disponibilização de medicamentos, uma vez que o mesmo sempre esteve presente focalizando suas ações no processo de vigilância da doença, e não na prevenção e tratamento (GALVÃO, 2000). Parte dessa resposta vindo do Estado ocorreu devido ao contexto social e político da época. Os primeiros casos de Aids foram diagnosticados no mesmo período em que a população brasileira questionava padrões de governos autoritários que não priorizavam a garantia de direitos sociais na agenda política. Com isso, movimentos sociais, como a Reforma Sanitária, aliados ao engajamento de organizações não governamentais (ONGs), demandavam do Estado uma posição perante a epidemia do HIV e ao sistema de saúde da época. É nesse contexto também que grupos populacionais marginalizados garantiram maior reconhecimento

de direitos individuais, como negros, homossexuais e mulheres (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Atualmente, para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids, o Ministério da Saúde estabelece normas e recomendações específicas por meio de protocolos de prescrição de medicamentos. Com base nos antirretrovirais disponíveis no SUS, são sugeridas algumas combinações de esquemas para início de tratamento, que podem variar conforme especificidades de cada paciente, como por exemplo, se o paciente é adulto, criança, gestante ou se possui coinfeção de HIV e Tuberculose (BRASIL, 2013). Desde 2013, o Ministério da Saúde recomenda que todos as pessoas vivendo com HIV/Aids que estão vinculadas a algum serviço de saúde iniciem o tratamento imediato, independentemente da carga viral (BRASIL, 2019c)

Os medicamentos são dispensados nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), inseridas em serviços que prestam assistência aos pacientes com HIV, como em Serviços de Assistência Especializada e nos Centros de Testagem e Aconselhamento, ou, por vezes, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais. As UDM possuem importante papel, no âmbito da política nacional de HIV/Aids, por desenvolverem orientações voltadas à adesão e controle dos medicamentos antirretrovirais, sendo responsáveis por guardar, conservar, controlar e auxiliar os pacientes no processo de dispensação e orientação quanto ao uso dos medicamentos. Regras e normas de logística de dispensação são desenvolvidas e repassadas do Ministério da Saúde para os estados da federação, que por sua vez, repassam as orientações para as UDM. No entanto, cada município e cada UDM possuem autonomia para o gerenciamento local, de acordo com a realidade de cada lugar (BRASIL, 2004).

No âmbito nacional, além da oferta de medicamentos antirretrovirais gratuitos, o Brasil também possui normas e regras consolidadas a respeito das prescrições de medicamentos. Já em termos mundiais, estimativas da UNAIDS acerca da amplitude deste acesso à terapia antirretroviral mostram que, em 2017, cerca de 53% das pessoas que vivem com HIV possuem acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2017). Embora as pessoas saibam seu

diagnóstico e possuam acesso ao tratamento, não é assegurado que as mesmas estejam em acompanhamento nos serviços de saúde ou em correta adesão à medicação como estabelecem os manuais e normas. O Relatório de Monitoramento Clínico do HIV/Aids de 2019, por exemplo, apresenta uma cascata de cuidado contínuo², estimando que das 900 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, 85% sabem o seu diagnóstico, mas apenas 66% estão em uso de TARV (BRASIL, 2019b).

O referido relatório também aborda questões relacionadas à adesão dos pacientes e à supressão viral. De todas as pessoas com HIV no Brasil, 62% possuem carga viral indetectável. O documento também aponta que em 2018, das 637 mil pessoas que tiveram dispensação de medicamentos, 75% apresentaram adesão superior a 80% dos medicamentos no período de um ano (BRASIL, 2019b). A atenção à adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral não é apenas uma preocupação de âmbito local. Ideias alavancadas pela UNAIDS discutem de maneira mais profunda a importância da adesão das PVHA ao tratamento antirretroviral, encarando o tratamento correto e regular como um fator crucial para controlar os novos casos de HIV e frear a epidemia (UNAIDS, 2017).

Adesão como estratégia de frear a epidemia

O conceito de adesão é compreendido como a utilização correta dos medicamentos prescritos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Sabe-se que a não adesão de tratamentos em saúde é um fenômeno multifatorial e, de certo modo, universal, presente tanto em países ricos como em países pobres (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006). São apresentados como possíveis fatores associados ao sucesso desse fenômeno: i) o tipo de tratamento e sua complexidade, dependendo da patologia; ii) o vínculo e nível de confiança do paciente com os profissionais de saúde e o serviço que presta a assistência; iii) a condição social do paciente, que interfere na capacidade de

² No âmbito do HIV, as cascatas de cuidado contínuo ilustram as sequências de etapas que as pessoas vivendo com HIV/Aids percorrem desde o momento da infecção até a supressão viral (BRASIL, 2017).

entendimento ou de consciência da necessidade de tratar o problema de saúde (VASCONCELOS, 1996; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

No âmbito do HIV, a adesão dos pacientes à terapia antirretroviral gera efeitos que vão além do tratamento da doença no nível individual. Em correta adesão, espera-se uma redução na carga viral dos pacientes a níveis indetectáveis, o que gera, além dos benefícios para a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, uma redução no risco de transmissão sexual do HIV para outras pessoas (UNAIDS, 2017). Estudos internacionais recentes têm evidenciado o potencial de prevenção da adesão ao TARV.

Um trabalho de coorte com casais sorodiscordantes³ chamado de *Opposites Attract*, desenvolvido na Austrália, Brasil e Tailândia, demonstrou que HSH em adesão aos medicamentos, e que possuam carga viral indetectável, não transmitem o vírus para os seus parceiros sexuais (BAVINTON et al., 2019). Outra pesquisa, desenvolvida em nove países, incluindo o Brasil, com 1763 casais sorodiscordantes apontou que ao iniciar o tratamento antirretroviral imediato, ou seja, antes de uma piora sintomática ou redução na contagem de linfócitos CD4, o risco de transmissão de HIV diminui para, pelo menos, 96% (COHEN, et al., 2011). “*Partner*”, um estudo de coorte com período de acompanhamento de 2010 a 2014, investigou 888 casais sorodiscordantes que residiam em 14 países europeus. Durante o período do estudo, estimou-se que houve cerca de 58.000 relações sexuais sem preservativo entre os casais, sendo que o parceiro com HIV possuía carga viral indetectável. Como resultado, não foi registrada nenhuma nova infecção no período de acompanhamento. Este estudo abrangeu tanto casais heterossexuais como casais de homens gays (RODGER et al., 2016).

Diante destas evidências, organizações internacionais têm preconizado a adesão como uma das principais estratégias para frear a epidemia do HIV/Aids. Para a UNAIDS, será impossível acabar com epidemia da Aids sem o acesso ao tratamento antirretroviral para todas as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) (UNAIDS, 2015a).

³ Parceiros com sorologias distintas para o HIV, onde uma pessoa do casal possui o vírus e a outra não.

Um dos objetivos levantados pela organização, com o apoio de diversos países no mundo, como o Brasil, são as chamadas metas 90-90-90. (UNAIDS, 2015a). Descrita pela própria UNAIDS como “ambiciosa, mas alcançável”, a meta objetiva que até 2020: (i) 90% das pessoas vivendo com HIV/Aids terão conhecimento da infecção pelo vírus; (ii) 90% das pessoas diagnosticadas com o vírus da Aids receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; e (iii) 90% das pessoas recebendo terapia antirretroviral devem ter carga viral indetectável, isto é, sem risco de transmitirem o vírus. Com o sucesso dos objetivos das metas, 90% das pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo iriam conhecer a sua sorologia; 81% de todas as pessoas com HIV iriam estar em tratamento; e 73% de todas as pessoas com HIV estariam com carga viral indetectável. Para a UNAIDS, alcançando estas metas, será possível erradicar a epidemia da Aids até 2030 (LEVI et al., 2016; UNAIDS, 2015a).

No Brasil, 15 municípios do estado do Rio Grande do Sul firmaram compromisso com as metas 90-90-90. Os municípios chamados de “prioritários”, por contemplarem 70% dos casos de HIV no estado, são: Porto Alegre, Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Guaíba, Gravataí, Rio Grande, São Leopoldo, Santana do Livramento, Sapucaia do Sul, Uruguaiana, Viamão e Novo Hamburgo (UNAIDS, 2015b).

Alguns autores, no entanto, analisam o cenário mundial e questionam a viabilidade do cumprimento das metas 90-90-90 e do possível “fim da epidemia” do HIV até 2030. Embora o acesso a terapia antirretroviral esteja presente em muitos países, quase metade das pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo ainda não têm acesso ao tratamento (UNAIDS, 2017). Além disso, a ascensão de governos conservadores, como em países da Europa, Estados Unidos comprometem o financiamento global para o enfrentamento do HIV nos próximos anos. Com isso, temáticas relacionadas à saúde sexual, como aborto e IST, e populações mais vulneráveis ou estigmatizadas, não aparecem pautadas nas agendas dos países (KENWORTHY; THOMANN; PARKER, 2018). Esse cenário não é diferente no caso do Brasil. Em fevereiro de 2020, a ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos do governo do Presidente

Jair Bolsonaro (2019-2022), defendeu a abstinência sexual como estratégia para controle da gravidez na adolescência. Além disso, o próprio Presidente declarou em entrevista que pessoas vivendo com HIV/Aids são “uma despesa para todos no Brasil”, além de “um problema sério para elas mesmas” (SOARES, 2020).

Levi et al. (2016) realizaram uma análise sistemática das cascatas de cuidado contínuo do HIV em 69 países. Segundo os autores, as cascatas foram criadas a partir da análise de materiais como artigos publicados, apresentações em conferências, bancos de dados da UNAIDS e relatórios dos próprios países. Até o ano em que o estudo foi realizado, nenhum país alcançou as metas propostas. Para a meta 1 (90% das pessoas com HIV precisam conhecer seu diagnóstico), o país que mais chegou próximo foi a Holanda (87%) e o mais distante foi o Iêmen (11%). Para a meta 2 (90% das pessoas com HIV devem estar em tratamento), os países que mais se destacaram, positiva e negativamente, foram Suíça (71%) e Afeganistão (3%). Já para a meta 3 (90% das pessoas com HIV tratadas devem estar em supressão viral), destacaram-se Suíça novamente (68%) e, negativamente, China (7%). Para aumentar a proporção de pessoas com carga viral indetectável, e conseqüentemente reduzir a carga viral comunitária, é preciso compreender melhor o fenômeno da adesão e como os estudos vêm tratando o tema.

Adesão: definições e medidas

A adesão ao tratamento antirretroviral é um processo considerado complexo e multicausal no mundo, e muitas vezes ocorrem falhas neste processo (LAWS et al., 2000; MELCHIOR et al., 2007). Em muitos estudos, a adesão ao tratamento do HIV é tratada de forma “definitiva” e pouco flexível: ou a pessoa é aderente, ou não é. Nesta literatura, são traçados perfis e identificadas características sociodemográficas dos pacientes que estão associadas à adesão, como por exemplo: idade, renda, escolaridade, raça, ocupação e gênero (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006;

COLOMBRINI, 2003; CARVALHO et al., 2019).

Apesar destas características, tem-se como hipótese que a adesão pode variar ao longo do tempo, ou seja, as pessoas podem estar (e não serem) aderentes aos medicamentos durante tratamentos longos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Isso significa que os pacientes podem deixar de usar os medicamentos antirretrovirais por conta de fatores que não sejam só características sociodemográficas já estabelecidas, e sim por eventos pontuais em suas trajetórias de vida - não necessariamente relacionadas à doença. Uma nova gestação em uma paciente, por exemplo, pode ser um evento que influencie no processo de adesão à terapia antirretroviral. Estudos sugerem que a gravidez pode aumentar as chances de adesão porque: i) muitas mulheres iniciam o tratamento juntamente com o pré-natal, onde parte descobre sua sorologia para o HIV; ii) há uma atenção das políticas de saúde para essa população, sobretudo para a criança; iii) existem sentimentos e medos, por parte da gestante, de transmitir o HIV para o filho. (FARIA et al., 2014; BARDEGUEZ et al., 2008). Um estudo norte-americano recente, por exemplo, demonstrou que mulheres com HIV em gestação ou que planejam uma nova gravidez possuem maiores chances de adesão (ZAHEDI-SPUNG et al., 2018). Após o parto, verifica-se aumento nas chances de falha na adesão ou interrupção do tratamento (WARLEY; TAVELLA; ROSAS, 2017; MATTHEWS et al., 2016; BARDEGUEZ et al., 2008).

Outros eventos pontuais que podem ocorrer ao longo do tratamento também podem influenciar no fortalecimento da adesão. A apresentação clínica do paciente, por exemplo, pode interferir nesse processo. Estar livre de sintomas é um fator apontado como razão de boa adesão, embora, em certos casos, a ausência de sintomas de determinada doença possa levar a interrupção do tratamento uma vez que o paciente julga que não é mais necessário o uso dos medicamentos. Estudos também mostram que possuir sintomas pode fazer com que o paciente associe os sintomas aos medicamentos, levando ao abandono do tratamento. (TEIXEIRA et al., 2000; COLOMBRINI et al., 2006) Um estudo apresentando por Miyada et al. (2017), realizado em São Paulo com 109 pessoas vivendo com HIV/Aids,

demonstrou que pacientes assintomáticos e sem infecções oportunistas têm melhor adesão.

Além de identificar quais seriam possíveis fatores associados à adesão, também é preciso compreender como a mesma é definida e mensurada nos estudos. Em relação ao HIV, a literatura não possui um consenso quanto à forma de medir a adesão de pacientes em terapia antirretroviral. Para atingir a supressão viral, é necessário que o paciente tome corretamente pelo menos 95% dos medicamentos antirretrovirais (PATERSON et al., 2000). Os estudos sobre adesão, no geral, consideram os pacientes como aderentes ao tratamento antirretroviral quando utilizam entre 80% e 100% dos medicamentos prescritos (CARVALHO et al., 2019; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; LEITE; VASCONCELOS, 2003; TEIXEIRA; PAIVA, 2000).

Nesse sentido, Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de investigar como os estudos vêm tratando a adesão aos medicamentos para o HIV. A revisão contou com cerca de 50 artigos coletados em diversas bases de dados, como Medline. Com relação à definição de adesão, os autores verificaram que muitos dos estudos “quantificam” a adesão, estabelecendo um ponto de corte para considerar um paciente como aderente. Em 19 trabalhos, a adesão foi definida como 100%, isto é, reconhece-se aderente o paciente que tomou a medicação antirretroviral 100% das vezes em um determinado período. Em 13 estudos, este ponto de corte foi 95%.

Pontos de corte também são encontrados em estudos nacionais, como na pesquisa de Lignani, Greco e Carneiro (2001), que objetivou avaliar a adesão de pacientes em Minas Gerais, definindo o ponto de corte de 90% para mensurar adesão, e também em estudos internacionais como o de Shet et al. (2016), na Índia, e Haas et al. (2016), no Malawi, que definiram adesão como o uso de, respectivamente, 95% e 90% dos medicamentos antirretrovirais.

Outros 7 trabalhos da revisão de Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) também definiram a adesão de forma categórica e dicotômica com base em questionamentos como: está usando regular ou irregularmente os

medicamentos? Houve esquecimentos ou perda de doses e horários? Esse método também pode ser encontrado em estudos nacionais, como no trabalho de Almeida et al. (2011) e Vale et al. (2018), e no âmbito internacional, como no estudo de Odili et al. (2017), realizado na Nigéria. Outros estudos também mensuram a adesão por meio de escalas que tentam medir a não adesão intencional e não-intencional (quando acontecem descuidos ou esquecimentos) (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; ZUGE et al., 2017).

Uma vez definindo adesão, Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) procuram conhecer como a adesão é medida. De todos os artigos analisados em sua revisão: i) 32 utilizam medidas subjetivas, isso é, os critérios para definir adesão são conhecidos por meio do autorrelato dos pacientes; ii) 8 utilizam medidas objetivas, ou seja, os estudos se baseiam na contagem de medicamentos utilizados, na frequência de retirada de medicamentos na farmácia, ou, às vezes, utilizando dispositivos eletrônicos inseridos nas embalagens dos medicamentos para controle de uso; iii) 12 utilizam combinações de ambos os métodos.

Teixeira e Paiva (2000), por meio de outra revisão da literatura sobre o tema, também discutem como a adesão vem sendo mensurada. Como Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), os autores destacam que há dois modos de medidas: perguntando diretamente aos pacientes em tratamento (por meio de entrevistas e relatos) ou de maneira indireta, contando manualmente ou de forma eletrônica a quantidade de medicamentos tomados (com tecnologias que monitoram a abertura dos recipientes contendo os medicamentos); utilizando marcadores biológicos, como as quantidades de carga viral e CD4; ou por meio de dosagens de metabólitos dos medicamentos na urina ou no sangue no paciente. Outros autores discutem o uso destes dois modos de medida nos estudos sobre o tema e destacam que o autorrelato dos pacientes é a medida mais utilizada para aferir a adesão (CARVALHO et al., 2019; SEIDL et al., 2007).

Em relação ao período de tempo para avaliar a adesão, Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) apontam que existem variações na literatura.

Parte dos trabalhos analisados na sua revisão avaliaram a adesão mensalmente, enquanto outros utilizaram outros tipos de tempo, como por exemplo, dias, quinzenas e até anos. Os períodos mais longos, como os de um ano, são referentes a avaliações utilizando os registros de farmácia para mensuração da adesão. Já os períodos mais curtos, como em estudos que utilizaram de um a três dias, mediu-se a adesão por meio do autorrelato através de entrevistas ou aplicação de questionários (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Teixeira e Paiva (2000) também discutem como os métodos, apesar de possuírem suas características próprias, possuem suas limitações. O autorrelato tende a superestimar a adesão, uma vez que parte dos pacientes pode não relatar a verdade quando questionados sobre o uso dos medicamentos. Isso pode ocorrer devido ao viés de memória, quando o entrevistado não recorda se utilizou os medicamentos corretamente em período longos, ou por conta de uma preocupação em não decepcionar os profissionais de saúde ou os pesquisadores que aplicam o questionário ou entrevista (POLEJACK; SEIDL, 2010; TEIXEIRA, 2000). Mas não é só o autorrelato que põe em risco a fidedignidade da medida de adesão. O método de contagem de pílulas, por exemplo, também pode conter falhas, uma vez que os comprimidos podem ser descartados e as tecnologias para controle de uso dos medicamentos, como os chips que alertam quando o paciente abriu as embalagens com os antirretrovirais, podem ser manipulados (TEIXEIRA, 2000).

Verificou-se que a maior parte dos estudos utilizam medidas subjetivas para mensurar a adesão ao TARV, embora a literatura analisada apresente outros tipos de métodos para definição e mensuração da adesão (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; COLOMBRINI, 2006). Além disso, outra parte desta literatura sobre o tema também procura investigar quais seriam possíveis fatores associados à adesão dos pacientes ao tratamento para o HIV.

Fatores associados à adesão

Estudos têm demonstrado diversas associações entre a adesão ao TARV e fatores sociodemográficos, de comportamento, ou aspectos relacionados ao tratamento do HIV. Algumas características aparecem diversas vezes tanto em estudos nacionais quanto em estudos internacionais. Por outro lado, em relação a outros fatores não há consenso na literatura quanto ao seu efeito sobre a adesão, apresentando até resultados contraditórios em estudos diferentes.

Em sua revisão da literatura sobre a temática de fatores associados à adesão à terapia antirretroviral, Carvalho et al. (2019) analisam 125 artigos publicados entre 2010 e 2016. Como fatores associados são destacados as características sociodemográficas, denominadas como “variáveis individuais”. A cor da pele e a renda, por exemplo, aparecem relacionadas à não adesão, como no estudo de Simoni et al. (2012), que apresenta associação entre cor de pele preta e a baixa renda com não adesão. Outros estudos também estimam que negros têm 6,5 vezes mais chances de não adesão (COLOMBRINI, 2003) e destacam que pessoas em extrema pobreza têm menos chances de aderir (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Carvalho et al. (2019) destacam o aparecimento do “gênero” associado à adesão. A variável aparece como sendo influente, embora revelando relações contraditórias em alguns estudos. Tapp et al. (2012) e Chakraborty et al. (2019), por exemplo, mostram em seu estudo que mulheres têm menor chance de adesão. Já outros estudos apontam que ser homem tem sido mais associado a não adesão ao TARV (KASTRISSIOS, et al., 1998; EVASSU et al., 2016).

Os estudos se propõem a analisar a idade como um possível fator associado (CARVALHO, 2019). No geral, a chance de adesão tende a aumentar com a idade: pessoas na faixa etária de 18 a 29 anos, em relação a indivíduos mais velhos, possuem maiores chances de não adesão (DUNN et al., 2018; MUKUI et al., 2016; LETTA et al., 2015). Outros trabalhos vão ao encontro destes resultados, mas pontuam que a adesão tende a diminuir

analisando pessoas idosas (WEISS, 1999; PATERSON et al., 2000; COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Também há destaque nas pesquisas para o uso de drogas lícitas e ilícitas como fator associado à não adesão. Entre as drogas lícitas, são citadas como associadas: álcool, cigarros e abuso de medicamentos. Carvalho et al. (2019) destacam principalmente o abuso de álcool como um fator frequentemente associado nos estudos, como no caso de Rego et al. (2011) e Ramlagan et al. (2019). Com relação ao uso de drogas ilícitas, estudos indicam que o uso de crack ou cocaína aparecem frequentemente associados à não adesão. Em um estudo norte-americano, por exemplo, verificou-se que a chance de adesão ao TARV é 63% menor em mulheres usuárias de crack em comparação a mulheres que não são usuárias de drogas (SHARPE et al., 2004).

A literatura também relata associações com a saúde mental dos pacientes e a adesão. Diversos estudos mostram, por exemplo, associação entre possuir histórico de depressão e não adesão aos medicamentos antirretrovirais (GEBREZGABHER, 2017; LETTA et al., 2015; MORRISON et al., 2014). Além da depressão, outros preditores da não adesão aparecem na literatura sobre o tema, como: sofrimento psíquico, angústia/estresse, e outros transtornos como de pânico e pós-traumático (CARVALHO et al., 2019).

Alguns trabalhos também mostram que a adesão diminuiu ao longo do tempo de diagnóstico de HIV/AIDS (WILSON et al., 2013), enquanto outros demonstram que quanto maior o tempo de diagnóstico, maiores as chances de adesão (MAQUTU et al., 2011). Isso demonstra que, dependendo da população do estudo, a adesão pode variar ao longo de diversos períodos, não existindo um consenso referente ao tempo de tratamento e a correta utilização dos medicamentos (CARVALHO et al., 2019).

Na revisão de Carvalho et al. (2019), aparecem nos artigos outros fatores associados à adesão, tais como: a divulgação do estado sorológico do HIV para outras pessoas; possuir conhecimento sobre a doença; ter algum familiar que também viva com HIV; satisfação e boa relação com os profissionais de saúde dos serviços que prestam assistência; ter apoio social e

suporte afetivo. Revisando a literatura para esta dissertação, foram identificados em estudos internacionais recentes outros exemplos de fatores de associação, juntos com suas medidas de associação, que estão apresentados nos Quadro 1 - Estudos investigando fatores associados à não adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV; e no Quadro 2 – Estudos investigando fatores associados à adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV. As buscas dos trabalhos descritos tratando sobre a temática foram realizadas através da plataforma PubMed.

A literatura sobre a temática de fatores associados à adesão também aponta que a maior parte dos estudos desenvolvidos sobre o tema é de delineamento transversal. O segundo tipo de estudo epidemiológico mais encontrado na revisão da literatura de Carvalho et al. (2019) foram os estudos de coorte, representando cerca de 40% dos estudos analisados no trabalho.

Quadro 1: Estudos investigando fatores associados à não adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV

Autor/ano	País	Delineamento	Amostra	Definição de adesão	Fatores Associados	Medida de Associação
Ramlagan et al., 2019	África do Sul	Transversal	673 gestantes com até 6 meses de gestação	Uso de 100% dos medicamentos nos últimos 4 dias	Uso de álcool	OR = 0,49
					Não revelar sorologia para o HIV	OR = 1,72
					Não possuir conhecimento sobre o HIV	OR = 1,47
					Não possuir depressão	OR = 0,71
					Revelar a sorologia do HIV para o(a) parceiro(a)	OR = 3,65
Dunn et al., 2018	Estados Unidos	Coorte	3.477 adultos com 18 anos ou mais	Uso de pelo menos 95% dos medicamentos nos últimos 6 meses	Ter entre 18-29 anos de idade	OR = 1,58
					Nunca ter usado medicamento antirretroviral	OR = 1,98
					Sintomático para o HIV no início da coorte	OR = 1,37
Gebrezgabher, 2017	Etiópia	Caso-controle	411 adultos com 18 anos ou mais	Uso de pelo menos 95% no último mês	Histórico de efeitos adversos do ARV	OR = 6,9
					Estar em uso de ARV por dois anos ou mais	OR = 7,0
					Uso de drogas	OR = 5,3

Autor/ano	País	Delineamento	Amostra	Definição de adesão	Fatores Associados	Medida de Associação
					Morar com os pais	OR = 3,4
					Ter sintomas de depressão	OR = 3,3
					Dieta de baixa diversidade	OR = 2,0
Zuge et al., 2017	Brasil	Transversal	179 adultos com mais de 19 anos	Adesão avaliada a partir de questionário com 20 itens, que resultava em um escore final de 17 a 89. Pacientes com escore igual ou maior a 83 foram considerados aderentes.	Escolaridade até ensino fundamental (referência = ensino superior)	RP = 1,15
					Dificuldade de acompanhamento no serviço de saúde	RP = 1,08
					Propensão ao alcoolismo	RP = 1,13
					Uso de medicamentos psiquiátricos	RP = 1,10
Mukui et al., 2016	Quênia	Transversal	186 indivíduos de 15 a 64 anos.	i) Relato da adesão no último mês; ii) aplicação de testes para medir a presença de marcadores biológicos do ARV no sangue	Ter entre 15-29 anos de idade	OR = 8,39
					Residir em área rural	OR = 5,87
					Uso de drogas recreativas nos últimos 30 dias	OR = 5,89

Autor/ano	País	Delineamento	Amostra	Definição de adesão	Fatores Associados	Medida de Associação
Been, et al., 2016	Holanda	Transversal	352 imigrantes que usaram ARV há pelo menos 6 meses	Medida por meio de um questionário com 4 itens com perguntas referentes à adesão no último mês	Não possuir educação formal ou ensino primário	OR = 3,25
					Baixo nível de apoio social	OR = 2,56
					Estigma internalizado sobre o HIV	OR = 1,82
Pahari et al., 2015	Índia	Transversal	128 indivíduos com 18 anos ou mais	Uso de pelo menos 90% dos medicamentos no último mês	Estar entre o 7º e 12º mês de acompanhamento no Serviço	OR = 9,5
					Não revelar sorologia para o HIV para familiares	OR = 4,0
					Não ouvir rádio ou assistir televisão	OR = 2,5
					Possuir pensamentos incessantes que algo ruim iria acontecer nos últimos 30 dias	OR = 2,6

Quadro 2: Estudos investigando fatores associados à adesão aos medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV

Autor/ano	País	Delineamento	Amostra	Definição de adesão	Fatores Associados	Medida de Associação
Chakraborty et al., 2019	Estados Unidos	Coorte	27.216 indivíduos	Uso correto dos ARV em 90% dos dias durante um ano	Ser negro	RR = 0,76
					Terapia de comprimido único	RR = 2,16
					Ser homem	RR = 1,30
Legesse et al., 2019	Etiópia	Transversal	418 indivíduos maiores de 18 anos	Uso de 95% dos medicamentos nos últimos 30 dias	Não revelação do diagnóstico de HIV para os familiares	OR = 0,12
					Não apresentar efeitos colaterais do ARV	OR = 2,69
					Não possuir depressão	OR = 0,71
Molla et al., 2018	Etiópia	Transversal	440 pessoas com 18 anos ou mais	Uso de pelo menos 95% dos medicamentos no último mês	Residir em área urbana	OR = 6,99
					Não possuir outras comorbidades	OR = 0,13
					Possuir conhecimento sobre o HIV e TARV	OR = 7,54
					Revelar a sorologia do HIV para o(a) parceiro(a)	OR = 3,65

Autor/ano	País	Delineamento	Amostra	Definição de adesão	Fatores Associados	Medida de Associação
Letta et al., 2015	Etiópia	Transversal	626 indivíduos com mais de 18 anos	Uso de 100% dos medicamentos na última semana	Ter de 35 a 44 anos de idade	OR = 2,39
					Possuir renda de U\$25 a U\$50 mensais	OR = 6,73
					Não possuir histórico de infecções oportunistas	OR = 2.81
					Possuir bom suporte familiar	OR = 2,61
					Não revelar sorologia para o HIV	OR = 0,45
					Histórico de depressão	OR = 0,36
Cantudo-Cuenca et al., 2014	Espanha	Coorte	594 indivíduos		Usuários de drogas injetáveis	OR = 0,56
					Possuir 5 ou mais medicamentos prescritos	OR = 0,36
Morrison et al., 2014	Albânia	Transversal	68 indivíduos adultos	Relato do uso de pelo menos 95% dos medicamentos nos últimos 4 dias	Possuir um parceiro(a)	OR = 0,29
					Histórico de depressão	OR = 0,24

Adesão ao TARV em estudos de coorte

Coorte é um delineamento de estudo epidemiológico que procura acompanhar grupos de indivíduos ao longo de um período. É um tipo de estudo observacional onde não deve existir intervenções do pesquisador sobre os grupos ao longo do período de observação. A exposição ou não dos participantes ao fator de estudo é critério determinante para a classificação dos indivíduos nos grupos observados durante o estudo (grupo de expostos e não expostos). Por serem estudos longitudinais, ou seja, que demandam acompanhamento em um período, tendem a possuir tempo maior de coleta e custos mais altos. Em contrapartida, fornecem resultados diferenciados se comparados com outros estudos observacionais (MEDRONHO, 2002).

Diversos estudos de coorte com pessoas vivendo com HIV/Aids já foram executados com o objetivo de entender a história natural e evolução da doença. A primeira coorte com esse propósito fora iniciada em 1983, antes mesmo da descoberta do vírus do HIV: a chamada *Multicenter Aids Cohort Study* (MACS). Trata-se de uma coorte norte-americana que acompanha até hoje pacientes homens que fazem sexo com homens (HSH) infectados pelo HIV (DETELS et al., 2012). Dez anos após o seu início, a coorte *Women's Interagency HIV Study* (WIHS) também iniciou o acompanhamento de mulheres com HIV e de mulheres com maior risco para contaminação do vírus (BACON et al., 2005).

Ambas as coortes foram essenciais para o entendimento da evolução natural da Aids, especialmente por iniciarem o acompanhamento antes do desenvolvimento da terapia antirretroviral combinada de alta potência. Outros estudos de coorte com grande número de pessoas em acompanhamento foram cruciais para a compreensão dos efeitos da terapia antirretroviral nas reduções de risco de transmissão do HIV por conta da diminuição da carga viral (BAVINTON et al., 2019; COHEN, et al., 2011; RODGER et al., 2006).

Além da supressão viral, há coortes que avaliam a qualidade de vida dos pacientes após o início ao tratamento antirretroviral. Para Jin et al. (2014), autor de uma revisão sistemática de coortes que tratam do assunto, estudos

têm mostrado melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes com o uso dos medicamentos. Entretanto, o autor sugere que estudos com maior tempo de acompanhamento devem ser desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida das pessoas em longo prazo.

Trabalhos mais recentes também procuram investigar fatores diretamente relacionados à adesão dos pacientes à terapia antirretroviral. Duas coortes de pessoas com HIV acompanhadas na Espanha e nos Estados Unidos, por exemplo, mostram que pacientes que tomam apenas um comprimido antirretroviral possuem mais chances de adesão ao tratamento para o HIV. Os estudos também apresentam associações entre a não adesão e características sociodemográficas e de comportamento, como por exemplo, ser negro e ser usuário de drogas injetáveis (CHAKRABORTY et al., 2019; TSUYUKI et al., 2019; CANTUDO-CUECA et al., 2014).

Bucek et al. (2018) também apresentam resultados de uma coorte norte-americana que investigou a adesão aos medicamentos para o HIV e transtornos psiquiátricos em adolescentes e jovens adultos durante 3 anos. No início do estudo, 53% dos 179 pacientes possuíam algum problema de saúde mental (como ansiedade, depressão, hiperatividade, dependência ao álcool ou outras drogas) e 35% não estavam em adesão regular ao TARV. Possuir algum transtorno mental esteve associado ao esquecimento de doses e a altos níveis de carga viral.

Em 2014, foram publicados resultados da *HIV-Brazil Cohort*, uma coorte brasileira com pessoas vivendo com HIV/Aids. No estudo, buscou-se analisar a efetividade da terapia antirretroviral combinada em paciente adultos com HIV, bem como o impacto do tratamento na morbidade, mortalidade e na qualidade de vida das pessoas. O acompanhamento ocorreu em serviços de saúde de 11 cidades brasileiras: Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Salvador, Jaboatão de Guararapes, Recife, Belém, Santarém e Manaus (GRANGEIRO et al., 2014).

Os resultados do estudo mostram que cerca de 53,4% dos pacientes iniciaram o tratamento antirretroviral com contagem de linfócitos CD4 menor que 200 cópias/mm³, ou seja, já com complicações no sistema imunológico

por conta do HIV. Além disso, a proporção de indivíduos que chegou à supressão viral com 12 meses de tratamento foi de 77,4%. A maior parte dos indivíduos acompanhados na coorte brasileira eram homens (razão de sexo de 1,7:1) e a taxa de mortalidade por Aids fora de 13,9 para cada 1.000 pessoas por ano (GRANGEIRO et al., 2014).

Ainda no Brasil, outros estudos de coorte também investigam fatores relacionados à adesão ao TARV. Em São Paulo, desenvolveu-se uma coorte prospectiva de duração de 12 meses com 268 adolescentes infectados pelo HIV por meio de transmissão vertical. No início do acompanhamento, 63,06% da amostra estava em adesão aos medicamentos e 52,99% possuía carga viral indetectável. Foram encontradas associações entre adesão e alta percepção da eficácia dos medicamentos e ausência de efeitos colaterais (CÔTÉ, 2016).

Meireles et al. (2018) desenvolveram uma coorte histórica com 76.950 indivíduos a partir de consultas em sistemas de informação como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL). A adesão regular e o sucesso do tratamento foram baseados na supressão viral dos pacientes ao longo do acompanhamento. Como resultados, a análise indica que diminuíram as chances de supressão viral: ser negro, adolescente (15-19 anos), heterossexual, possuir baixa escolaridade e usar esquemas de antirretrovirais com maior número de comprimidos. Os achados do estudo brasileiro vão ao encontro de estudos internacionais sobre o tema (CHAKRABORTY et al., 2019; BEEN et al., 2016; MUKUI et al., 2016).

Considerações finais

A partir da busca na literatura sobre a adesão aos medicamentos antirretrovirais para o HIV, verificou-se que diversos são os fatores que apresentam associações nos estudos. São muitos os casos em que a literatura relata associações entre a não adesão e a presença de transtornos mentais,

como depressão, e uso de drogas. Em relação às características sociodemográficas, foi possível observar que fatores como a idade jovem, baixa escolaridade e cor de pele preta também aparecem associadas à não adesão.

Analisando o gênero das PVHA, alguns estudos apresentam resultados que mostram que homens têm menores chances de adesão, outros que têm maiores chances. As discrepâncias nos resultados podem ser explicadas devido às especificidades de cada população estudada em seus diferentes contextos e regiões, demonstrando a diversidade e complexidade do efeito do gênero sobre aspectos da saúde. Outros fatores, como o estigma em relação ao HIV (estigma internalizado, não contar para os outros que é soropositivo para o HIV) e tomar esquemas com múltiplos comprimidos também aparecem associados à não adesão na literatura revisada.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar como eventos clínicos e sociais impactam na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV em um Serviço de Assistência Especializada no município de Alvorada, Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

1. Identificar quais são as características sociodemográficas e de comportamento dos pacientes do Serviço segundo sexo de nascimento.
2. Analisar a proporção de consultas com relatos de agravos clínicos.
3. Analisar relação entre gestação e adesão ao tratamento em mulheres vivendo com HIV.
4. Analisar o efeito de associação existente entre piora sintomática e adesão em pacientes vivendo com HIV.
5. Analisar a adesão ao tratamento antirretroviral em uma população em vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida EL de, Araújo GB da S, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AV de L, Dias MD. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2011; 15(2): 208–16.

Bacon MC, von Wyl V, Alden C, Sharp G, Robison E, Hessel N, et al. The Women's Interagency HIV Study: an observational cohort brings clinical sciences to the bench. *Clin Diagn Lab Immunol*. Setembro de 2005; 12(9): 1013–9.

Bardeguez AD, Lindsey JC, Shannon M, Tuomala RE, Cohn SE, Smith E, et al. Adherence to Antiretrovirals Among US Women During and After Pregnancy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 de agosto de 2008; 48(4): 408–17.

Barré-Sinoussi F, Ross AL, Delfraissy J-F. Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nat Rev Microbiol*. Dezembro de 2013; 11(12): 877–83.

Barros SG de, Vieira-da-Silva LM. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde debate*. Setembro de 2017; 41(spe3): 114–28.

Bavinton BR, Prestage GP, Jin F, Phanuphak N, Grinsztejn B, Fairley CK, et al. Strategies used by gay male HIV serodiscordant couples to reduce the risk of HIV transmission from anal intercourse in three countries. *J Int AIDS Soc*. Abril de 2019; 22(4): e25277.

Been SK, van de Vijver DAMC, Nieuwkerk PT, Brito I, Stutterheim SE, Bos AER, et al. Risk Factors for Non-Adherence to cART in Immigrants with HIV Living in the Netherlands: Results from the Rotterdam Adherence (ROAD) Project. De Socio GV, organizador. *PLoS ONE*. 5 de outubro de 2016; 11(10): e0162800.

Bonolo P de F, Gomes RR de FM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Dezembro de 2007; 16(4): 267–78.

Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

Brasil. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasil: Ministério da Saúde, 2019b.

Brasil [Internet]. Tratamento para o HIV; c2019c [citado 02 de novembro de 2019]. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>

Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-Retrovirais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Política Nacional de DST/Aids: Princípios, Diretrizes e Estratégias. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. 92 p.

Brito AM de, Castilho EA de, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Abril de 2001; 34(2): 207–17.

Bucek A, Leu C-S, Benson S, Warne P, Abrams EJ, Elkington KS, et al. Psychiatric Disorders, Antiretroviral Medication Adherence and Viremia in a Cohort of Perinatally HIV-Infected Adolescents and Young Adults. *Pediatr Infect Dis J*. 2018; 37(7): 673–7.

Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend*. Janeiro de 2017; 180: 401–16.

Cantudo-Cuenca MR, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo R. Concurrent Use of Comedications Reduces Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Patients. *JMCP*. Agosto de 2014; 20(8): 844–50.

Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FR de O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciênc saúde coletiva*. Julho de 2019; 24(7): 2543–55.

Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(05): 1388-97

Chakraborty A, Qato DM, Awadalla SS, Hershov RC, Dworkin MS. Antiretroviral therapy adherence among treatment-naive HIV-infected patients: *AIDS*. Janeiro de 2020; 34(1): 127–37.

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*. 11 de agosto de 2011; 365(6): 493–505.

Colombrini MRC, Lopes MHB de M, Figueiredo RM de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Dezembro de 2006; 40(4): 576–81.

Colombrini MRC. Fatores preditivos para não adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz nos casos de HIV/Aids [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.

Côté J, Delmas P, de Menezes Succi RC, Galano E, Auger P, Sylvain H, et al. Predictors and Evolution of Antiretroviral Therapy Adherence Among Perinatally HIV-Infected Adolescents in Brazil. *J Adolesc Health*. 2016; 59(3): 305–10.

Detels R, Jacobson L, Margolick J, Martinez-Maza O, Muñoz A, Phair J, et al. The multicenter AIDS Cohort Study, 1983 to *Public Health*. Março de 2012; 126(3): 196–8.

Dunn K, Lafeuille M-H, Jiao X, Romdhani H, Emond B, Woodruff K, et al. Risk Factors, Health Care Resource Utilization, and Costs Associated with Nonadherence to Antiretrovirals in Medicaid-Insured Patients with HIV. *JMCP*. Outubro de 2018; 24(10): 1040–51.

Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Junho de 2014; 30(2): 197–203.

Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med*. 23 de julho de 1987;317(4):185–91.

Galvão J. *Aids no Brasil: a agenda de uma construção de uma epidemia*. São Paulo: 34; 2000

Galvão, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégios ou direito? *Cad. Saúde Publica*. 2002; 18(01): 213-9

Gebrezgabher BB, Kebede Y, Kindie M, Tetemke D, Abay M, Gelaw YA. Determinants to antiretroviral treatment non-adherence among adult HIV/AIDS patients in northern Ethiopia. *AIDS Res Ther*. Dezembro de 2017; 14(1): 16.

Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2017: All-cause Mortality and Life Expectancy 1950-2017*. United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.

Grangeiro A, Escuder MM, Cassenote AJF, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, et al. The HIV-Brazil cohort study: design, methods and participant characteristics. *PLoS ONE*. 2014; 9(5): e95673.

Grangeiro A, Silva LL da, Teixeira PR. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*. Julho de 2009; 26(1): 87–94.

Soares I. "Pessoa com HIV é uma despesa para todos nós", aponta vBolsonaro. Estado de Minas [Internet]. 05 Fev 2020 [acesso em 06 Fev 2020]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/02/05/interna_politica,1119743/pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-nos-aponta-bolsonaro.shtml

Jin Y, Liu Z, Wang X, Liu H, Ding G, Su Y, et al. A systematic review of cohort studies of the quality of life in HIV/AIDS patients after antiretroviral therapy. *Int J STD AIDS*. Outubro de 2014; 25(11): 771–7.

Kastrissios H, Suárez JR, Katzenstein D, Girard P, Sheiner LB, Blaschke TF. Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. *AIDS*. 1998; 12(17): 2295-303.

Kenworthy N, Thomann M, Parker R. From a global crisis to the ‘end of AIDS’: New epidemics of signification. *Global Public Health*. 3 de agosto de 2018; 13(8): 960–71.

Legesse TA, Reta MA. Adherence to Antiretroviral Therapy and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS in Hara Town and Its Surroundings, North-Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. 2019; 29(3): 10.

Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2003; 8: 775–82.

Letta S, Demissie A, Oljira L, Dessie Y. Factors associated with adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among adult people living with HIV and attending their clinical care, Eastern Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. Dezembro de 2015; 15(1): 33.

Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Global Health*. 1º de setembro de 2016; 1(2): e000010.

Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saúde Pública, Rev saúde pública*. Dezembro de 2001; 35: 495–501.

Lima ALM, Kiffer CRU, Uip DE, Oliveira MS, Leite OHM. *HIV/Aids: perguntas e respostas*. São Paulo: Atheneu; 1996.

Maqutu D, Zewotir T, North D, Naidoo K, Grobler A. Determinants of optimal adherence over time to antiretroviral therapy amongst HIV positive adults in South Africa: a longitudinal study. *AIDS Behav* 2011; 15(7): 1465-1474

Matthews LT, Ribaudó HB, Kaida A, Bennett K, Musinguzi N, Siedner MJ, et al. HIV-Infected Ugandan Women on Antiretroviral Therapy Maintain HIV-1 RNA Suppression Across Periconception, Pregnancy, and Postpartum Periods. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1º de abril de 2016; 71(4): 399–406.

Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

Meireles MV, Pascom ARP, Duarte EC. Factors Associated With Early Virological Response in HIV-Infected Individuals Starting Antiretroviral Therapy in Brazil (2014-2015): Results From a Large HIV Surveillance Cohort. *J Acquir Immune Defic*

Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Dezembro de 2007; 41(suppl 2): 87–93.

Miyada S, Garbin AJÍ, Gatto RCJ, Garbin CAS. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. Outubro de 2017; 50(5): 607–12.

Molla AA, Gelagay AA, Mekonnen HS, Teshome DF. Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among HIV positive adults attending care and treatment in University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis*. Dezembro de 2018; 18(1): 266.

Morrison SD, Rashidi V, Sarnquist C, Banushi VH, Hole MK, Barbhaiya NJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and predictors to adherence in Albania: a cross-sectional study. *J Infect Dev Ctries*. 14 de julho de 2014; 8(07): 853–62.

Mukui IN, Ng'ang'a L, Williamson J, Wamiewe JN, Vakil S, Katana A, et al. Rates and Predictors of Non-Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals in Kenya: Results from the Second Kenya AIDS Indicator Survey, 2012. Thielman NM, organizador. *PLoS ONE*. 1º de dezembro de 2016; 11(12): e0167465.

Odili VU, Obieche AO, Amibor KC. Adherence to Antiretroviral Therapy and Its Determinants Among HIV-Infected Patients in Nigeria. *J Pharm Pract*. Junho de 2017; 30(3): 291–5.

Pahari S, Roy S, Mandal A, Kuila S, Panda S. Adherence to anti-retroviral therapy & factors associated with it: A community based cross-sectional study from West Bengal, India. *Indian J Med Res.* 2015; 142(3): 301.

Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern. Med.* 2000; 133(1): 21-30.

Pereira GFM, Shimizu HE, Bermudez XP, Hamann EM, Pereira GFM, Shimizu HE, et al. Epidemiologia do HIV e Aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2018 [citado 19 de agosto de 2019]; 27(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000400300&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva.* Junho de 2010; 15: 1201–8.

Ramlagan S, Peltzer K, Ruiter R, Barylski N, Weiss S, Sifunda S. Prevalence and Factors Associated with Fixed-Dose Combination Antiretroviral Drugs Adherence among HIV-Positive Pregnant Women on Option B Treatment in Mpumalanga Province, South Africa. *IJERPH.* 20 de janeiro de 2018; 15(1): 161.

Rego SRM, Oliveira CFA, Rego DMS, Santos JRF, Silva VB. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(1): 46-49.

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 12 de julho de 2016; 316(2): 171.

Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. *Rev Enf UERJ.* Setembro de 2006; 14(3): 455-62.

Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública, Cad saúde pública*. Outubro de 2007; 23: 2305–16.

Sharpe TT, Lee LM, Nakashima AK, Elam-Evans LD, Fleming PL. Crack cocaine use and adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected black women. *J Community Health*. Abril de 2004; 29(2): 117-27.

Shet A, Kumarasamy N, Poongulali S, Shastri S, Kumar DS, Rewari BB, et al. Longitudinal Analysis of Adherence to First-Line Antiretroviral Therapy: Evidence of Treatment Sustainability from an Indian HIV Cohort. *Curr HIV Res*. 2016; 14(1): 71–9.

Tapp C, Milloy MJ, Kerr T, Zhang R, Guillemi S, Hogg RS, Montaner J, Wood E. Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC Infect Dis* 2011; 11: 86.

Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? São Paulo: *NepAids*; 2000

Tsuyuki K, Shoptaw SJ, Ransome Y, Chau G, Rodriguez-Diaz CE, Friedman RK, et al. The Longitudinal Effects of Non-injection Substance Use on Sustained HIV Viral Load Undetectability Among MSM and Heterosexual Men in Brazil and Thailand: The Role of ART Adherence and Depressive Symptoms (HPTN 063). *AIDS Behav*. Março de 2019; 23(3): 649–60.

UNAIDS [Internet]. Fact Sheet: World Aids Day 2019; c2019 [citado 07 de dezembro de 2019]. Disponível em: https://unAids.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf

UNAIDS. Ending Aids: Progress towards the 90-90-90 targets. Geneva: UNAIDS, 2017.

UNAIDS [Internet]. 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS; c2015a [citado 11 de dezembro de 2019]. Disponível em: - https://unAids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

UNAIDS [Internet]. RS e 14 prefeituras gaúchas assinam a Declaração de Paris, comprometendo-se com as metas 90-90-90 pelo fim da

epidemia de AIDS até 2030; c2015b [citado 04 de novembro de 2019] Disponível em: <https://unAids.org.br/2015/12/rs-e-15-prefeituras-gauchas-assinam-a-declaracao-de-paris-comprometendo-se-com-as-metas-90-90-90-pelo-fim-da-epidemia-de-Aids-ate-2030/>

Vale FC, Santa-Helena ET de, Santos MA, Carvalho WM do ES, Menezes PR, Basso CR, et al. Development and validation of the WebAd-Q Questionnaire to monitor adherence to HIV therapy. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 3 de outubro de 2018]; 52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102018000100255&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Vasconcelos E. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*. 1996; 49(50): 100-106.

Warley EM, Tavella S, Rosas A. Pregnancy and postpartum control in HIV infected women. *Medicina B Aires*. 2017; 77(2): 85–8.

Wilson IB, Bangsberg DR, Shen J, Simoni JM, Reynolds NR, Goggin K, Gross R, Arnsten JH, Remien RH, Erlen JA Liu, H. Heterogeneity among studies in rates of decline of ART adherence over time: Results from the MACH14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013; 64(5): 448.

World Health Organization. Guidelines for second-generation HIV surveillance. Geneva: World Health Organization; 2000 [citado 30 de julho de 2019]. 40 p. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf

World Health Organization. Issues brief: local epidemics. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado em 30 de julho de 2019]. 45 p. Disponível em: http://www.unAids.org/sites/default/files/media_asset/JC2559_local-epidemics_en.pdf

Zahedi-Spung L, Young M, Haddad LB, Badell ML. Perceived Barriers to Antepartum HIV Medication Adherence in HIV Infected Pregnant Women. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2018; 2018: 4049212.

Zuge SS, Primeira MR, Remor E, Magnago TSB de S, Paula CC de, Padoim SM de M. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. *Rev Enferm UFSM*. 29 de novembro de 2017; 7(4): 577.

ARTIGO

“Eventos marcadores associados à adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/Aids em um estudo de coorte no município de Alvorada - RS”

Rafael Steffens Martins – Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Daniela Riva Knauth – Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Antropologia Social pela École des Hautes Etudes em Sciences Sociales.

Álvaro Vigo - Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Patrícia Fisch – Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Revista pretendida: Revista de Saúde Pública

RESUMO

INTRODUÇÃO: Cerca de 66% das 900 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil registraram dispensação de medicamentos antirretrovirais em 2018. Dessas, 17% estavam em adesão insuficiente e 8% em abandono. Aderir ao tratamento antirretroviral é um processo complexo e diversos fatores além de características definidas, como fatores sociodemográficos dos pacientes podem impactar na adesão.

OBJETIVO: Analisar como eventos clínicos e sociais podem impactar na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de coorte histórica com 528 pacientes que realizaram o tratamento para o HIV em um Serviço de Assistência Especializada em Alvorada, RS. Foram analisadas 3429 consultas realizadas entre os anos de 2004 a 2017. Para cada consulta, foram coletados dados de características do tratamento e do quadro clínico dos pacientes. A adesão, aferida pelo autorrelato dos pacientes, foi o desfecho do estudo. O modelo de regressão logística, via Equações de Estimação Generalizadas (GEE), foi usado para estimação das associações.

RESULTADOS: 67,8% dos pacientes analisados possuem até 8 anos de estudos e 24,8% têm histórico de uso de crack e/ou cocaína. Entre os homens, estar assintomáticos (RC = 1,43; IC 95% 1,05 – 1,93), possuir mais de 8 anos de estudo (RC = 2,32; IC 95% 1,27 – 4,23) e nunca ter usado crack (RC = 2,35; IC 95% 1,20 – 4,57) estiveram associados à adesão. Para as mulheres, possuir mais de 24 anos (RC = 1,82; IC 95% 1,09 – 3,02), nunca ter usado cocaína (RC = 2,54; IC 95% 1,32 – 4,88) e estar em gestação (RC = 3,28; IC 95% 1,83 – 5,89) aumentaram as chances de adesão.

CONCLUSÃO: Além de características sociodemográficas definidas, eventos pontuais que podem ocorrer na trajetória de pacientes em tratamentos longos, como início de uma nova gestação e não apresentar sintomas, podem impactar nas chances de adesão dos pacientes ao tratamento.

Palavras-chave: Aids; HIV; adesão; terapia antirretroviral; tratamento.

INTRODUÇÃO

A não adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV (TARV) é um fenômeno multifatorial presente tanto em países ricos como em países pobres¹. Diversos são os estudos nacionais e internacionais que investigam características sociodemográficas associadas à adesão ao tratamento antirretroviral¹⁻³. No entanto, a complexidade da adesão a tratamentos longos também ocorre devido a possibilidade de mudanças na frequência da adesão de acordo com eventos pontuais na vida dos pacientes, como por exemplo, uma nova gestação⁴⁻⁵.

No Brasil, o tratamento antirretroviral para o HIV está disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma universal desde 1996. Apesar disso, estima-se que somente 66% das 900 mil pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no país estão em tratamento. Com relação à adesão destes pacientes ao TARV, em 2018, cerca de 637 mil pacientes registraram pelo menos uma dispensação de medicamento no ano. Desses, aproximadamente 108 mil (17%) apresentaram adesão inferior à 80% dos medicamentos antirretrovirais e 51 mil (8%) foram classificados como em abandono de tratamento⁶. Frente a este contexto, o presente estudo procura compreender como eventos clínicos e sociais que se apresentam na trajetória dos indivíduos podem impactar na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV.

METODOLOGIA

Os dados do estudo são provenientes de uma coorte histórica, chamada Coorte de Alvorada⁷, com PVHA no município de Alvorada, localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre. A coorte possui informações referentes à evolução clínica de 1093 pacientes que realizaram tratamento para o HIV em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município do estudo. Os dados foram sistematizados através de uma coleta realizada a partir das informações das consultas disponíveis nos prontuários do SAE.

As unidades de análises do estudo foram as consultas dos pacientes. Inicialmente, a coorte continha 10361 consultas de 1093 pacientes. Para esse trabalho, foram selecionadas as consultas cujos pacientes: i) possuíam medicação prescrita para o tratamento do HIV; ii) tinham 18 anos ou mais; e iii) haviam comparecido à consulta. Seguindo estes critérios, foram excluídas 2177 consultas de pacientes que não possuíam prescrição aos medicamentos, 326 consultas de pacientes com menos de 18 anos de idade, e 1770 consultas em que o paciente não compareceu ao SAE na data agendada. Em seguida, foram selecionadas somente as consultas que possuíam informações referentes à adesão ao TARV, apresentação clínica, registro de infecção oportunista ou hospitalização, histórico de uso de drogas, escolaridade e idade. Com isso, a amostra final do estudo foi de 3429 consultas realizadas entre 2004 e 2017.

A variável de desfecho do estudo foi a adesão dos pacientes ao TARV. A adesão foi aferida a partir do autorrelato dos pacientes em cada consulta, onde o profissional de saúde responsável questionava o paciente a respeito da utilização ou não dos medicamentos prescritos. Na coleta de dados a adesão foi classificada como “em adesão regular”, “irregular” ou “não aderente”. Para este estudo, a variável foi recodificada em duas categorias: “em adesão”, quando o paciente está tomando a medicação regularmente, ou “em má adesão”, quando o paciente está em adesão irregular ou não aderente.

Também aferidas em todas as consultas dos pacientes, as variáveis utilizadas para caracterizar o tratamento e quadro clínico dos pacientes foram: apresentação clínica do paciente (sintomático/assintomático), infecção por doença oportunista (sim/não), internação hospitalar (sim/não) e gestação (sim/não), no caso das mulheres. A variável “internação hospitalar” considera se o paciente foi internado exclusivamente por conta de complicações de saúde em função do HIV.

Informações sociodemográficas e comportamentais dos pacientes foram coletadas apenas uma vez no momento de entrada dos pacientes ao SAE. São elas: sexo (homem/mulher); escolaridade (por faixas de anos

estudados); idade (em anos); situação conjugal (solteiro/namorando/casado ou morando junto); categoria de exposição ao HIV (heterossexual/homossexual/drogadição/transmissão vertical); abuso de álcool (sim/não); uso de cocaína (sim/não); uso de crack (sim/não).

Para a variável “abuso de álcool”, foram considerados apenas os casos em que o indivíduo passou por um quadro de etilismo em algum momento da vida. Não foram considerados casos em que a pessoa relata uso eventual de álcool. Já para as variáveis “uso de crack” e “uso de cocaína”, foram considerados os casos em que os indivíduos relataram usar ou já terem feito uso das drogas.

A partir das variáveis “escolaridade” e “idade”, foram criadas variáveis para análises com base em categorias e valores específicos. Para a escolaridade, criou-se a variável dicotômica “ensino médio”, cujas categoria representam: i) possuir até 8 anos de estudo; e ii) possuir mais de 8 anos de estudo (o que equivale ao início do ensino médio). Para a idade, foram criadas duas categorias de faixa etária: i) pessoas de 18 a 24 anos, consideradas jovens; e ii) pessoas acima de 24 anos. A distinção foi realizada levando em consideração os diversos trabalhos sobre o tema que indicam que jovens possuem menores chances de adesão ao TARV^{1,3,8,9}.

As características sociodemográficas e comportamentais dos pacientes foram apresentadas separadamente para homens e mulheres, assim como as frequências de eventos (como adesão regular, internação hospitalar, infecção oportunista) registrados ao longo do seguimento. Comparações de médias foram realizadas por meio do teste t de *Student* e comparações de proporções por meio do teste baseado na estatística qui-quadrado de Pearson ou teste exato de *Fisher*.

O modelo de regressão logística foi utilizado para avaliar as associações entre fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais e a adesão ao TARV. Para considerar as correlações entre diferentes consultas em um mesmo paciente, foi utilizada a abordagem de Equações de Estimção Generalizadas (GEE – *Generalized Estimating Equations*). Como fatores do estudo, analisamos: apresentação clínica, internação hospitalar, infecção

oportunista e gestação, no caso das pacientes mulheres. Variáveis sociodemográficas e de comportamento (idade jovem, ensino médio, abuso de álcool, cocaína e crack) foram utilizadas como controle nos modelos.

Os modelos foram estratificados por sexo, por conta da presença da variável “gestação”, incluída apenas na análise das mulheres. Para ambos os sexos, foram construídos três modelos que buscaram estimar as razões de chances (RC) de adesão ao tratamento antirretroviral. O primeiro modelo considera apenas as exposições em estudo; o segundo modelo inclui variáveis sociodemográficas de controle; e o terceiro modelo acrescenta as variáveis de uso de drogas.

As análises foram executadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18, utilizando o nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e os pesquisadores assinaram um termo de compromisso de uso dos dados.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e comportamentais dos pacientes são apresentadas na Tabela 1. Dos 528 pacientes, 270 (51,1%) são homens e 258 (48,9%) são mulheres, com idade mediana de 37 anos (IQR = 30 - 46) e 35 (IQR = 27 - 44) anos, respectivamente.

Analisando o uso de drogas, 32,6% dos homens e 12,4% das mulheres possuem histórico de abuso de álcool, ($p < 0,001$). O histórico de uso de cocaína em homens (22,6%) foi maior do que em mulheres (12,8%) ($p = 0,003$). Em relação ao uso de crack, 14,4% dos homens e 10,5% das mulheres apresentaram histórico de uso da droga ($p = 0,167$).

Foi expressivo o número de prontuários analisados que não continham informações referentes à categoria de exposição ao HIV dos pacientes: 39,6% entre os homens e 14,3% entre as mulheres. Cerca de 84,9% das mulheres da amostra adquiriram o HIV por meio de relações heterossexuais – o que representa quase a totalidade das pacientes mulheres com a informação disponível. Nos homens, além dos prontuários sem informação, 38,9% dos pacientes relataram infecção através de relações heterossexuais; 17,8%

através de relações homossexuais e 3,7% devido ao uso de drogas injetáveis ($p < 0,001$).

Com relação à situação conjugal dos indivíduos da amostra, as proporções são semelhantes entre homens e mulheres: 51,9% deles e 45,7% delas eram solteiros(as), enquanto 29,1% dos homens e 32,7% das mulheres eram casadas(os) ou moravam junto com o parceiro. Já a variável escolaridade mostra que a maioria dos participantes da amostra possuem de 5 a 8 anos de estudo e que a proporção de pessoas com até 4 anos de estudo foi de 14,4% para os homens e 16,3% para as mulheres. As variáveis escolaridade e situação conjugal não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A tabela 2 descreve as consultas dos pacientes em relação à ocorrência de falhas na adesão, apresentação clínica, internação hospitalar, infecções oportunistas e gestação. A análise foi realizada nas 3429 consultas que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Com relação à adesão ao TARV, os homens relataram aderência em 86,1% das consultas, enquanto as mulheres, em 83,9%. A apresentação clínica dos pacientes também foi semelhante entre os dois grupos: em 82,4% das consultas dos homens e 81,5% das consultas das mulheres não foram relatados sintomas clínicos. Os homens e mulheres passaram por internações hospitalares por conta de complicações relacionadas ao HIV em 2,2% e 1,9% das consultas, respectivamente. Infecções oportunistas ocorreram em 10 consultas (0,6%) para os homens, e 4 (0,2%) consultas para as mulheres. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as consultas de homens e mulheres. Por fim, verificou-se que as pacientes mulheres estavam em gestação em 9,3% de todas as consultas.

A tabela 3 apresenta estimativas de razão de chances de adesão ao TARV para os homens. No modelo 1, verificou-se um aumento nas chances de adesão à terapia antirretroviral nas consultas em que os pacientes estavam assintomáticos (RC = 1,46; IC 95% 1,09 – 1,97) e não foram hospitalizados por conta de complicações do HIV (RC = 1,43; IC 95% 1,06 – 1,92). A variável “infecção oportunista” não se mostrou estatisticamente significativa.

No modelo 2, com variáveis sociodemográficas, estar assintomático (RC = 1,43; IC 95% 1,06 – 1,92) e sem registro de hospitalização (RC = 1,85; IC 95% 0,99 – 3,45) permaneceram aumentando as chances de adesão dos homens, embora a segunda variável tenha perdido significância estatística. Neste modelo, pacientes com mais de 8 anos de estudo têm aumento nas chances de adesão (RC = 2,32; IC 95% 1,27 – 4,23). Já no modelo 3, somente apresentação clínica permaneceu significativa, aumentando as chances de adesão em cerca de 43% na ausência de sintomas (RC = 1,43; IC 95% 1,05 – 1,93). Com relação ao uso de drogas, nunca ter usado crack aparece como fator associado à adesão (RC = 2,35; IC 95% 1,20 – 4,57).

A tabela 4 apresenta os três modelos apenas com as consultas das mulheres. No primeiro modelo, estar em gestação mais do que dobra as chances de adesão (RC = 2,71; IC 95% 1,49 – 4,91). A presença de infecção oportunista aparece diminuindo as chances de adesão, enquanto a ausência de hospitalização e de sintomas aumentam as chances de adesão, embora sem significância estatística.

Adicionando as variáveis sociodemográficas, o modelo 2 permanece com resultados semelhantes ao modelo anterior, onde gestação (RC = 3,07; IC 95% 1,72 – 5,48) aumenta as chances de adesão em quase 3 vezes. A variável idade também apresenta associação, aumentando as chances em pessoas acima de 24 anos (RC = 1,79; IC 95% 1,08 – 2,96). Por último, no modelo 3 as pacientes em gestação na consulta apresentam mais que o triplo de chance de adesão (RC = 3,286; IC 95% 1,832 – 5,895), enquanto não ser jovem (RC = 1,82; IC 95% 1,09 – 3,02), e não usar cocaína (RC = 2,54; IC 95% 1,32 – 4,88) aumentam significativamente as chances de aderir.

DISCUSSÃO

Diversos estudos apontam os fatores sociodemográficos que podem influenciar nas chances de adesão dos pacientes ao TARV. Em muitos destes trabalhos, a adesão é tratada de forma “definitiva” e pouco flexível: ou o indivíduo é aderente, ou não é^{1-3,10}. No entanto, não são apenas características

sociodemográficas que podem impactar na adesão ao tratamento, uma vez que situações que podem ocorrer ao longo da vida dos pacientes também podem influenciar nas chances de adesão¹¹. Entre estas situações destacamos: ocorrência de uma gestação; hospitalização; infecção por doença oportunista; e apresentação clínica.

No nosso estudo, mulheres em gestação apresentam até 3,28 de chance de adesão ao TARV em comparação às mulheres que não estão gestantes. Estudos recentes também mostraram associação entre gestação e aumento nas chances de adesão¹². A literatura aponta que a gravidez pode impactar na adesão porque: i) muitas mulheres iniciam o tratamento juntamente com o pré-natal, onde parte descobre sua sorologia para o HIV; ii) há uma atenção das políticas de saúde para essa população, sobretudo para a criança; iii) existem sentimentos e medos, por parte da gestante, de transmitir o HIV para o filho^{5,13}.

De fato, diversos são os incentivos empregados no âmbito do pré-natal para estimular a adesão ao TARV, como por exemplo: maior atenção das equipes de saúde com as gestantes; rigor no acompanhamento das pacientes para evitar transmissão vertical do HIV; busca ativa de gestantes que não comparecem aos serviços de saúde etc. Dessa maneira, é esperado que esses incentivos estimulem um aumento na adesão durante a gravidez. Em outra análise dos dados da Coorte de Alvorada foi evidenciado que as mulheres gestantes demoram menos tempo para atingirem carga viral indetectável para o HIV se comparado com as pacientes não gestantes⁷. Em contrapartida, diversos trabalhos apontam que, após o parto, aumentam as chances de falhas na adesão ou até mesmo abandono do tratamento^{5,14,15}.

Isso indica que a gestação pode ser um evento pontual que impacta positivamente na adesão justamente por conta da maneira como essa população é monitorada no período do pré-natal, onde recebem mais atenção das políticas de saúde e maiores estímulos para a construção do vínculo com os serviços de saúde. Após o término da gestação, no entanto, esses estímulos são enfraquecidos. Além disso, o pré-natal não contempla todas as mulheres vivendo com HIV/Aids.

O resultado do presente estudo contribui para o entendimento do efeito da gestação na vida das mulheres vivendo com HIV, e é relevante principalmente analisando a incidência de diagnósticos de HIV em gestantes no país e na região metropolitana que Alvorada está inserida. No Brasil, a taxa de detecção do HIV em gestantes cresceu 38,1% nos últimos dez anos. Entre os municípios com maior taxa de detecção, Porto Alegre, registrou a maior taxa de detecção de HIV em gestantes no país em 2018¹⁶.

Analisando a relação da apresentação clínica e da adesão na literatura, trabalhos mostram que a ausência de sintomas pode ser razão para aderir aos medicamentos, embora a melhora sintomática esteja, em alguns casos, associada ao abandono do tratamento, uma vez que o paciente pode julgar que não precisa mais da medicação^{1,11}. Por outro lado, apresentar sintomas também pode fazer com que o paciente opte por abandonar o tratamento por julgar que a piora sintomática possui relação com os medicamentos¹⁷.

Esse tipo de “auto-gestão” dos medicamentos¹⁸ e possibilidade de escolha diária em usá-los ou não é comum em tratamentos longos como de doenças crônicas. Após o desenvolvimento da terapia antirretroviral, a Aids passou por uma transformação sobre o seu aspecto de doença aguda para crônica. Isto é, se antes a doença estava associada à certeza de morte, hoje é possível viver com o vírus do HIV cotidianamente^{19,20}. Assim como para outras doenças crônicas, a adesão regular do paciente ao tratamento pode não ocorrer mesmo com sintomas da doença. A adesão também é dificultada porque, em alguns casos, pacientes não encaram o tratamento como sendo um processo longo e contínuo, característico de doenças crônicas¹¹.

Verificou-se que os homens com sintomas e queixas relacionadas a complicações do HIV possuem menos chance de estarem em adesão. Isso pode ser explicado, em parte, à relação direta entre a adesão ao TARV e a esperada melhora sintomática dos pacientes, uma vez que a efetividade do tratamento e da melhora no quadro clínico dependem diretamente da adesão ao tratamento. Estudos mostram que para garantir supressão viral, sucesso do tratamento e uma redução significativa no risco de morte é preciso que os pacientes tomem corretamente pelo menos 95% da medicação prescrita^{21,22}. O

resultado também sugere que os homens analisados buscam manter a correta adesão mesmo quando não possuem complicações do HIV, diferente de outros estudos com doenças crônicas que demonstram que a ausência de sintomas faz com que os pacientes deixem de usar a medicação devido à falta de compreensão a respeito do curso da doença ou por julgarem que não é mais necessário o uso da medicação^{23,24}.

Entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais, foi encontrada associação entre idade e adesão ao TARV, onde possuir mais de 24 anos aumenta a chance de adesão em até 82% entre as mulheres. Diversos são os estudos que investigam fatores associados à adesão ao TARV e apontam que pessoas jovens possuem menos chance de adesão tanto para o tratamento antirretroviral como para outras doenças crônicas^{1,3,8,9,23}. Além das dificuldades em aderir, dados recentes têm mostrado que jovens são um dos grupos que mais tiveram aumento nas taxas de detecção de HIV nos últimos anos, evidenciando a vulnerabilidade dessas pessoas no cenário atual da epidemia. Entre os jovens na faixa etária de 20 a 24 anos, a taxa de detecção cresceu 94,6% na última década¹⁶.

Já o uso de drogas como crack e cocaína é apontado na literatura diversas vezes também como sendo um fator de grande impacto no TARV¹⁻³. Uma ampla revisão da literatura desenvolvida sobre o tema mostra que são relatados diversos casos em que o uso de substâncias aparece associado a complicações do HIV uma vez que reduzem as chances de adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral²⁵. No presente estudo, verificou-se que não possuir histórico de uso de crack e cocaína aumenta significativamente as chances de adesão. Outros estudos têm demonstrado que o uso de drogas tem efeito negativo sobre as chances de aderir tanto em homens quanto mulheres e em países ricos ou pobres^{26,27}. Trabalhos e revisões envolvendo o uso de TARV também apontam que pessoas em uso de drogas apresentam maiores dificuldades em adesão mesmo com presença de sintomas e quadros clínicos evoluídos à Aids^{1,2,25}.

É preciso ressaltar que diferente de outros trabalhos, nossa amostra foi composta por consultas, o que pode estar relacionado à alta proporção de

adesão encontrada. Espera-se que os pacientes que compareçam às consultas estejam mais propensos a seguir o tratamento, enquanto pessoas em adesão irregular tendam a faltar consultas mais vezes ou até interrompem o tratamento, fazendo com que a proporção de consultas com pacientes em adesão na amostra seja naturalmente maior. Além disso, é preciso destacar que 1170 consultas (17,1% de todas as consultas da coorte) foram excluídas das análises porque os pacientes não compareceram à consulta. Por fim, outro fator que pode estar impactando essa proporção elevada de consultas em adesão é a própria maneira como a variável foi aferida. Em alguns casos, o autorrelato dos pacientes pode ser superestimado devido à preocupação em não decepcionar os profissionais de saúde que prestam o atendimento¹¹.

A amostra do estudo contempla uma população em vulnerabilidade social. Analisando as características sociodemográficas, mais da metade dos pacientes possuem até 8 anos de estudo, o que equivale ao ensino fundamental, e aproximadamente um quarto possuem histórico de uso de crack e/ou cocaína. Alvorada está situada na Região Metropolitana de Porto Alegre e é o 2º município com menor PIB per capita do Rio Grande do Sul²⁸. Além disso, o município apresenta escores menores que a média nacional no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e possui IDHM Educação classificado como baixo^{28,29}.

O presente estudo utilizou dados secundários, o que limita a análise dos dados somente para informações registradas nos prontuários de atendimento dos pacientes. Nesse sentido, não foram exploradas outras características associadas à adesão que são discutidas na literatura e que poderiam contribuir para a análise dos modelos. Entre as variáveis de exposição selecionadas para o trabalho, em muitas consultas não foram encontradas as informações, reduzindo significativamente o número de unidades de análise da amostra.

Por outro lado, a grande contribuição do estudo é a de olhar a adesão na trajetória dos pacientes. Esta perspectiva permitiu demonstrar como alguns eventos pontuais que ocorrem na trajetória de pacientes em situação de vulnerabilidade podem impactar na adesão ao tratamento antirretroviral. A

influência da gestação sobre a adesão ao TARV sugere que o pré-natal possui importância para o tratamento de gestantes vivendo com HIV. No entanto, assim como a gestação, o período do pré-natal é passageiro, e não contempla todas as mulheres. Nesse sentido, novas estratégias e políticas que estimulem uma adesão permanente às PVHA merecem ser pensadas para a garantia do sucesso terapêutico.

Os resultados do trabalho também apontam que uma boa apresentação clínica aumenta as chances de adesão ao TARV para homens da amostra. Neste sentido, nossos dados indicam a importância da integração das estratégias de prevenção e assistência ao HIV, visto que pacientes com boa adesão tendem a ter carga viral indetectável, diminuindo significativamente as chances de transmissão do vírus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombrini MRC, Lopes MHB de M, Figueiredo RM de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. dezembro de 2006;40(4):576–81.
2. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FR de O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciênc saúde coletiva*. julho de 2019;24(7):2543–55.
3. Bonolo P de F, Gomes RR de FM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. dezembro de 2007;16(4):267–78.
4. Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8:775–82.
5. Bardeguéz AD, Lindsey JC, Shannon M, Tuomala RE, Cohn SE, Smith E, et al. Adherence to Antiretrovirals Among US Women During and After Pregnancy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1o de agosto de 2008;48(4):408–17.
6. Brasil. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasil: Ministério da Saúde, 2019.
7. Fisch P. Qualificando a cascada do HIV: diferentes tempos até a supressão viral a partir de dados da coorte de Alvorada [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS; 2017.
8. Dunn K, Lafeuille M-H, Jiao X, Romdhani H, Emond B, Woodruff K, et al. Risk Factors, Health Care Resource Utilization, and Costs Associated with Nonadherence to Antiretrovirals in Medicaid-Insured Patients with HIV. *JMCP*. outubro de 2018;24(10):1040–51.
9. Mukui IN, Ng'ang'a L, Williamson J, Wamicwe JN, Vakil S, Katana A, et al. Rates and Predictors of Non-Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Positive Individuals in Kenya: Results from the Second Kenya AIDS Indicator Survey, 2012. Thielman NM, organizador. *PLoS ONE*. 1o de dezembro de 2016;11(12):e0167465.
10. Colombrini MRC. Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz nos casos de HIV/aids

[dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.

¹¹. Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? São Paulo: NepAids; 2000

¹². Zahedi-Spung L, Young M, Haddad LB, sBadell ML. Perceived Barriers to Antepartum HIV Medication Adherence in HIV Infected Pregnant Women. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2018;2018:4049212.

¹³. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. junho de 2014;30(2):197–203.

¹⁴. Warley EM, Tavella S, Rosas A. Pregnancy and postpartum control in HIV infected women. *Medicina (B Aires)*. 2017;77(2):85–8.

¹⁵. Matthews LT, Ribaudó HB, Kaida A, Bennett K, Musinguzi N, Siedner MJ, et al. HIV-Infected Ugandan Women on Antiretroviral Therapy Maintain HIV-1 RNA Suppression Across Periconception, Pregnancy, and Postpartum Periods. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1o de abril de 2016;71(4):399–406.

¹⁶. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

¹⁷. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.

¹⁸. Pons ES. Autogestão do uso de medicamentos pela população brasileira [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS; 2016.

¹⁹. Alencar TMD. A vida crônica é novidade na Aids: as transformações da Aids aguda para a Aids crônica sob o ponto de vista dos pacientes[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2006.

²⁰. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. *Rev Enf UERJ*. setembro de 2006; 14(3): 455-62.

- ²¹. Boussari O, Subtil F, Genolini C, Bastard M, Iwaz J, Fonton N, et al. Impact of variability in adherence to HIV antiretroviral therapy on the immunovirological response and mortality. *BMC Med Res Methodol*. 5 de fevereiro de 2015;15:10.
- ²². Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern. Med*. 2000; 133(1):21-30.
- ²³. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*. dezembro de 2016;50(suppl 2):10s.
- ²⁴. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.
- ²⁵. Gonzalez A, Barinas J, O’CLEIRIGH C. Substance Use: Impact on Adherence and HIV Medical Treatment. *Curr HIV/AIDS Rep*, 2011; 8:223–234
- ²⁶. Hayashi K, Wood E, Kerr T, Dong H, Nguyen P, Puskas CM, et al. Factors associated with optimal pharmacy refill adherence for antiretroviral medications and plasma HIV RNA non-detectability among HIV-positive crack cocaine users: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis*. 27 de 2016;16(1):455.
- ²⁷. Wechsberg WM, van der Horst C, Ndirangu J, Doherty IA, Kline T, Browne FA, et al. Seek, test, treat: substance-using women in the HIV treatment cascade in South Africa. *Addict Sci Clin Pract*. 26 de 2017;12(1):12.
- ²⁸. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. IBGE Cidades c2010 [citado 07 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
- ²⁹. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil [internet] Alvorada, RS c2013 [citado 11 de dezembro de 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/alvorada_rs

Tabela 1: Características sociodemográficas e comportamentais dos pacientes, por sexo – mediana (IQR) ou n (%)

Variável	Homens (n = 270)	Mulheres (n = 258)	p
Idade - Mediana (IQR)	37 (30 - 46)	35,19 (27 - 44)	0,073**
Escolaridade			
Até 4 anos	39 (14,4%)	42 (16,3%)	0,411*
5 a 8 anos	137 (50,8%)	140 (54,3%)	
Mais de 8 anos	94 (34,8%)	76 (29,4%)	
Situação conjugal			0,367*
Solteiro	139 (51,9%)	116 (45,7%)	
Casado/Morando junto	78 (29,1%)	83 (32,7%)	
Namorando	51 (19,0%)	55 (21,7%)	
Categoria de exposição ao HIV			<0,001***
Heterossexual	105 (38,9%)	219 (84,9%)	
Homossexual	48 (17,8%)	2 (0,8%)	
Uso de drogas injetáveis	10 (3,7%)	0 (0%)	
Transmissão vertical	0 (0%)	0 (0%)	
Ignorado	107 (39,6%)	37 (14,3%)	
Histórico de abuso de álcool?			<0,001*
Sim	88 (32,6%)	32 (12,4%)	
Não	182 (67,4%)	226 (87,6%)	
Histórico de uso de cocaína?			0,003*
Sim	61 (22,6%)	33 (12,8%)	
Não	209 (77,4%)	225 (87,2%)	
Histórico de uso de crack?			0,167*
Sim	39 (14,4%)	27 (10,5%)	
Não	231 (85,6%)	231 (89,5%)	

DP – Desvio Padrão

* Teste de igualdade de proporções baseado na estatística qui-quadrado de Pearson

** Teste t de Student

*** Teste exato de Fisher

Tabela 2: Fatores associados ao número de consultas em homens e mulheres
– n(%)

Fator	Número de Consultas		p*
	Homens (n = 1663)	Mulheres (n = 1766)	
Esteve em adesão regular desde a consulta anterior?			0,285
Sim	1432 (86,1%)	1482 (83,9%)	
Não	231 (13,9%)	284 (16,1%)	
Apresentação clínica na consulta			0,534
Sintomático	293 (17,6%)	327 (18,5%)	
Assintomático	1370 (82,4%)	1439 (81,5%)	
Ocorrência de internação hospitalar?			0,773
Sim	36 (2,2%)	33 (1,9%)	
Não	1627 (97,8%)	1733 (98,1%)	
Ocorrência de infecção oportunista?			0,316
Sim	10 (0,6%)	4 (0,2%)	
Não	1653 (99,4%)	1762 (99,8%)	
Em gestação durante a consulta?			
Sim	-	165 (9,3%)	
Não	-	1601 (90,7%)	

* Estimado por meio do modelo de regressão logística via equações de estimação generalizadas (GEE)

Tabela 3: Estimativas da razão de chances de adesão à terapia antirretroviral em homens

Fatores	Razão de Chances (IC 95%)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo3
Apresentação clínica			
Sintomático	1	1	1
Assintomático	1,46* (1,09 – 1,97)	1,43* (1,06 – 1,92)	1,43* (1,05 – 1,93)
Internação hospitalar			
Sim	1	1	1
Não	1,86* (1,00 – 3,46)	1,85 (0,99 – 3,45)	1,82 (0,96 – 3,44)
Infecção Oportunista			
Não	1	1	1
Sim	0,69 (0,19 – 2,50)	0,70 (0,19 – 2,51)	0,65 (0,16 – 2,54)
Idade			
Entre 18-24 anos	-	1	1
Acima de 24 anos	-	0,68 (0,27 - 1,72)	0,62 (0,24 – 1,58)
Escolaridade			
Menos de 8 anos de estudo	-	1	1
Mais de 8 anos de estudo	-	2,32* (1,27- 4,23)	1,82 (0,97 – 3,41)
Histórico de abuso de álcool			
Sim	-	-	1
Não	-	-	1,42 (0,81 – 2,47)
Histórico de uso de cocaína			
Sim	-	-	1
Não	-	-	0,85 (0,45 – 1,60)
Histórico de uso de crack			
Sim	-	-	1
Não	-	-	2,35* (1,20 – 4,57)

* p < 0,05.

Tabela 4: Estimativas da razão de chances de adesão à terapia antirretroviral para mulheres

Fatores	Razão de Chances (IC 95%)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Apresentação clínica			
Sintomático	1	1	1
Assintomático	1,18 (0,89 – 1,57)	1,20 (0,90 – 1,60)	1,22 (0,91 – 1,64)
Internação hospitalar			
Sim	1	1	1
Não	0,84 (0,37 – 1,93)	0,83 (0,36 – 1,91)	0,83 (0,36 – 1,92)
Infecção Oportunista			
Não	1	1	1
Sim	2,15 (0,12 – 38,15)	2,19 (0,10 – 45,88)	2,23 (0,17 – 28,62)
Gestação			
Não	1	1	1
Sim	2,71* (1,49 – 4,91)	3,07* (1,72 – 5,48)	3,28* (1,83 – 5,89)
Idade			
Entre 18-24 anos	-	1	1
Acima de 24 anos	-	1,79* (1,08 – 2,96)	1,82* (1,09 – 3,02)
Escolaridade			
Menos de 8 anos de estudo	-	1	1
Mais de 8 anos de estudo	-	1,29 (0,78 – 2,13)	1,22 (0,74 – 2,03)
Histórico de abuso de álcool			
Sim	-	-	1
Não	-	-	0,63 (0,29 – 1,34)
Histórico de uso de cocaína			
Sim	-	-	1
Não	-	-	2,54* (1,32 – 4,88)
Histórico de uso de crack			
Sim	-	-	1
Não	-	-	1,06 (0,50 – 2,22)

* $p < 0,05$.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita deste trabalho e o interesse pela temática só foi possível devido a oportunidade de auxiliar na coleta de dados da Coorte de Alvorada nos anos de 2016 e 2017. As vivências no dia a dia do SAE e a troca de experiências com os funcionários e pacientes despertaram motivação para explorar os dados trabalhados nesta dissertação. Em parte, a motivação foi desencadeada por experienciar a rotina de um serviço que se esforça para atender a uma população estigmatizada e em situação de vulnerabilidade social. Além disso, desenvolvi o interesse especificamente sobre a temática da adesão ao TARV entre as pessoas vivendo com HIV/Aids por imaginar o quão desafiante é aderir ao tratamento. Muitas vezes, a adesão não é uma tarefa simples porque exige que o indivíduo enfrente o seu diagnóstico e juntamente com ele, todo o estigma que envolve a Aids.

A revisão da literatura realizada na primeira parte deste trabalho buscou abranger aspectos essenciais sobre o desenvolvimento e oferta dos medicamentos antirretrovirais no Brasil e explorar fatores associados à adesão ao TARV. A literatura sobre o tema destaca associação entre o uso do TARV com diversas variáveis, como fatores sociodemográficos (idade, sexo e escolaridade), características de comportamento (uso de álcool e drogas), aspectos do tratamento (número de doses de medicamentos, relação do paciente com o serviço de saúde), características clínicas (gravidade da doença, ocorrência de sintomas).

Como principal achado do artigo apresentado, verificou-se que gestantes possuem 3,28 de chance de estarem em adesão se comparadas com mulheres não gestantes. Isso indica que a gestação tem grande efeito sobre a adesão destas pacientes ao TARV, sobretudo devido à atenção e incentivos que essas mulheres recebem no pré-natal, onde muitas delas descobrem o seu diagnóstico. A rotina de pré-natal, no entanto, não contempla mulheres que não estão em gestação e outras pacientes. É preciso que sejam elaboradas políticas de incentivo à adesão permanente dessas mulheres ao longo do seu tratamento, e não apenas no período da gestação. Esse resultado ganha maior relevância levando em consideração o alto número de diagnósticos de HIV

em mulheres na região e a elevada taxa de detecção em gestantes. Os resultados também apontaram que as chances de adesão são maiores nas consultas em que os pacientes estão assintomáticos, evidenciando que as pessoas em adesão ao TARV nesta amostra têm maiores chances de permanecer em adesão regular mesmo quando não apresentam queixas ou sintomas de complicações do HIV.

Em relação às variáveis sociodemográficas e de comportamento, aumentaram as chances de adesão: possuir mais de 24 anos, ter mais de 8 anos de estudo e não possuir histórico de uso de drogas como cocaína ou crack. As análises descritivas do perfil dos pacientes da amostra demonstram que a maioria possui baixa escolaridade e quase um quarto possui histórico de uso de drogas como crack e/ou cocaína. Trata-se de uma população onde muitos se encontram em situação de vulnerabilidades social.

Sobre os dados do estudo, verificou-se que diversas consultas não foram contabilizadas na análise dos dados porque não continham todas as variáveis de interesse, diminuindo significativamente o número de consultas da nossa amostra. Embora espere-se, em algum grau, esse tipo de limitação em estudos com dados secundários, a falta de informações representa um problema no que tange a vigilância do HIV e do perfil epidemiológico das pessoas. Essa carência de dados disponíveis alerta para a necessidade de aperfeiçoamento do registro das informações a respeito do tratamento e das características sociodemográficas e de comportamento dos pacientes nos prontuários.

Após o desenvolvimento da terapia antirretroviral, pessoas vivendo com HIV/Aids aumentaram a qualidade e expectativa de vida, mas precisam conviver com o HIV cotidianamente e, assim como em outras doenças crônicas, realizar o tratamento ao longo da vida. Dessa maneira, este estudo procurou contribuir para o entendimento de possíveis fatores que podem interferir na adesão destas pessoas ao longo desse tratamento longo. Parte da literatura se limita a estimar as chances de adesão de pacientes com base em características sociodemográficas já estabelecidas e ignoram possíveis eventos que podem influenciar no tratamento ao longo da vida. Para futuros

estudos, acredita-se que seja essencial pensar, além de características já definidas do indivíduo, quais outros possíveis eventos passageiros podem acarretar um impacto no tratamento antirretroviral.

ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características sócio-demográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/Aids em Alvorada/RS

Pesquisador: Daniela Riva Knauth

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44250115.0.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.123.662

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de coorte retrospectivo de pacientes com diagnóstico de HIV/aids e que realizaram algum acompanhamento no serviço especializado da cidade de Alvorada.

Participantes serão pacientes com diagnóstico de HIV/aids que tiveram pelo menos uma consulta no Serviço de Atenção Especializada (SAESAE) de Alvorada. Como critério de inclusão todos os pacientes com HIV/aids, desde o início do serviço, ano 2000 até 31/12/2014. É estimado um número 2200 pacientes cadastrados no serviço, 562 de abandono ou transferência e aproximadamente 280 óbitos.

A coleta de dados será a partir da revisão de prontuários físicos no SAE Alvorada.

Protocolo de coleta de dados prevê 4 blocos:

bloco 1 -variáveis sociodemográficas

bloco 2 - variáveis consideradas do baseline: data de primeira consulta, data do diagnóstico e do exame anti-HIV, o motivo da testagem para o HIV, provável mecanismo de transmissão, uso prévio de terapia antirretroviral (TARV), CD4 e CV HIV iniciais, sorologias, histórico de TB.

bloco 3 – dados de cada consulta do paciente na unidade

bloco 4 – variáveis para avaliar status clínico, adesão ao tratamento, supressão viral, abandono de acompanhamento e óbito.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br

bloco 5 - variáveis referentes ao episódio de tuberculose

Os dados adicionais de pacientes portadores de tuberculose que foram encaminhados para o serviço de referência terciário em tuberculose, o Hospital Sanatório Partenon em Porto Alegre, poderão ser buscados nesse serviço" serão coletados por telefone e neste caso será solicitado o "consentimento verbal, sendo o mesmo o registrado em áudio (apêndice 2)". Para dados coletas na consulta no serviço "será solicitada a assinatura do TCLE"

Análise será descritiva serão utilizados frequências e percentuais, médias e medianas. Para associações "entre tempo desde o diagnóstico até o óbito serão utilizados métodos para análise de sobrevivência como Kaplan-Meier e Modelo de Cox." "Comparações de médias serão realizadas por meio de teste t ou métodos não paramétricos de acordo com o comportamento da variável. Para modelagem de desfechos dicotômicos será utilizada regressão logística ou regressão de Poisson com variância robusta. Os programas estatísticos utilizados serão SPSS versão 18 e SAS versão 9.4."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar as pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) em relação ao momento do diagnóstico, evolução clínica e sobrevida e a coinfeção de HIV-TB no município de Alvorada.

Objetivos Secundários:

"Descrever o perfil clínico das PVHA em acompanhamento no SAE Alvorada.

Avaliar o motivo do diagnóstico de HIV e a contagem dos linfócitos T CD4+ (CD4) no momento do diagnóstico, como marcador de evolução da doença, atraso no diagnóstico e piora de prognóstico.

Avaliar a incidência de infecções oportunistas (IO) entre os pacientes em acompanhamento para HIV/aids no SAE Alvorada.

Avaliar as internações hospitalares das PVHA e em acompanhamento no SAE Alvorada. Avaliar associação entre a carga viral do HIV (CV HIV) e o CD4 ao longo do tempo com infecções oportunistas, TB e óbito em PVHA.

Avaliar os esquemas de antirretrovirais e a taxa de abandono do tratamento em PVHA

Avaliar a taxa de mortalidade entre os pacientes em acompanhamento para HIV/aids no SAE.

Avaliar a incidência de tuberculose entre os pacientes em acompanhamento para HIV/aids no SAE.

Avaliar a taxa de abandono e tempo até o abandono do tratamento de tuberculose. Avaliar a taxa de resistência ao tratamento da tuberculose.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

Avaliar recidiva de tuberculose em PVHA.

Avaliar densidade habitacional, renda, escolaridade, raça e índice de massa corpórea nos pacientes com tuberculose.

Avaliar a distribuição espacial de PVHA e tuberculose no município de Alvorada. Avaliar a taxa de mortalidade específica por tuberculose nas PVHA em Alvorada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador destaca o risco de publicização do diagnóstico de infecção pelo HIV pela manipulação do prontuário para "minimizar este risco, todos os pesquisadores envolvidos serão treinados e assinarão um termo de compromisso sobre o sigilo das informações coletadas". Os participantes serão identificados por código, no banco de dados e quando forem contatados para completar informações será assegurado um "local privativo, seja por telefone ou no próprio serviço".

Os benefícios previstos não são direto aos participantes do estudo, entretanto poderão contribuir no "planejamento e intervenção em saúde em PVHA, principalmente no município de Alvorada", além de "possibilitar uma melhor compreensão de quem são as pessoas vivendo com HIV/aids, do momento do diagnóstico dessas pessoas e do acesso e vínculo aos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

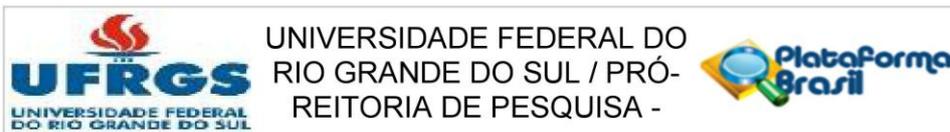
Projeto trata de temática de relevância científica para o campo da saúde, o HIV é contextualiza no âmbito mundial, no Brasil e no Rio Grande do Sul, sendo destacado a região metropolitana de Porto Alegre, a qual apresenta maiores taxas de detecção e mortalidade do país. Os procedimentos metodológicos estão adequadamente descritos e os instrumentos de coleta de dados são apropriados aos objetivos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se em anexo o Termo de Anuência do responsável do Serviço de Tisiologia, do Serviço de Vigilância Epidemiológica e Serviço de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Alvorada, bem como o Instrumento de coleta de dados.

Pesquisadora apresenta dois Termo de Consentimento Livre e Esclarecido um oral que será lido por telefone quando entrar em contato com o participante e outro para ser apresentado para o participante assinar. Nos TCLE não são mencionados riscos e benefícios. O Termo de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.123.662

Responsabilidade para Uso de
Dados deve ser inserido ao projeto.

Recomendações:

A pesquisadora encaminhou carta descrevendo todas as alterações, os riscos e benefícios que foram inseridos no projeto e nos TCLE, adequação do cronograma e também foi anexado o Termo de Responsabilidade para o Uso de Dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

AProvado.

PORTO ALEGRE, 25 de Junho de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br