

# **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO BRASIL: COLETÂNEA DE ESTUDOS DO PROJETO ATAR**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**

**ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL NO BRASIL:  
COLETÂNEA DE ESTUDOS DO PROJETO  
ATAR**

**- PROJETO ATAR -**

**Série B. Textos Básicos de Saúde**

**BRASÍLIA - DF**  
**2010**

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 1.500 exemplares

#### **Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais  
Setor de Administração Federal Sul 2, lote 5/6 Bloco F  
CEP: 70070-600, Brasília-DF  
Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997  
E-mail: [aids@aids.gov.br](mailto:aids@aids.gov.br) / [edicao@aids.gov.br](mailto:edicao@aids.gov.br)  
Home page: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

#### **Organizador responsável**

**Mark Drew Crosland Guimarães**  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina  
Universidade Federal de Minas Gerais

#### **Co-organizadores**

**Francisco de Assis Acurcio**  
Departamento de Farmácia Social  
Faculdade de Farmácia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
**Carla Jorge Machado**  
Departamento de Demografia  
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Universidade Federal de Minas Gerais  
**Cristina de Albuquerque Possas**  
Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

#### **Colaboraram na elaboração dos capítulos:**

Aglaia Barros Coelho,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Adriana da Silva Gomes,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Alexandre José da Silva Coelho,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Carla Jorge Machado,  
CEDEPLAR/FACE, UFMG  
Cibele Comini César,  
Instituto de Ciências Exatas, UFMG  
Cristiane Aparecida Menezes de Pádua,  
Universidade Federal de São João Del Rei  
Cristina de Albuquerque Possas,  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS  
Flaviana Márcia de Carvalho Silva,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Francisco de Assis Acurcio,  
Faculdade de Farmácia, UFMG  
Gustavo Machado Rocha,  
Universidade Federal de São João Del Rei  
Ivana Drummond Cordeiro,  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS  
José Roberto Maggi Fernandes,  
UNIFENAS-BH e SMS/PBH  
Juliana Álvares,  
PPGSP, Faculdade de Medicina, UFMG

Lorena Nogueira Campos,  
UNIFENAS-BH e Hospital Eduardo de Menezes, FHEMIG  
Maria das Graças Braga Ceccato,  
Faculdade de Farmácia, UFMG  
Maria Imaculada de Fátima Freitas,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Mark Drew Crosland Guimarães,  
Faculdade de Medicina, UFMG  
Palмира de Fátima Bonolo,  
Universidade Federal de Ouro Preto  
Rachel Baccarini,  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS  
Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes,  
Secretaria de Saúde/PBH

#### **Revisão**

**Bruna Alvarenga Fanis**  
Unidade de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

#### **Colaboraram na revisão:**

Acadêmico Raphael Rabelo de Mello Penholati  
Acadêmica Ana Luiza de Freitas Magalhães Gomes  
Acadêmica Marcela Senna Braga  
Acadêmico Ângelo de Souza Reis

#### **Edição**

**Assessoria de Comunicação - ASCOM/AIDS**  
Ângela Gasperin Martinazzo  
Dario Noleto  
Isabela Cavalcanti de Faria  
Myllene Priscilla Muller Nunes  
Telma Tavares Richa e Sousa

#### **Apoio:**

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

#### **Projeto gráfico**

Alexsandro de Brito Almeida

#### **Diagramação**

João Gonçalves - Idade da Pedra Produções Gráficas

#### **Arte final**

Masanori Ohashy - Idade da Pedra Produções Gráficas

#### **Foto capa**

Magda Fernanda de Souza Silva

Editora MS  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040, Brasília - DF  
Tels: (61) 3233-1774 / 2020  
Fax: (61) 3233-9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

#### **Equipe editorial:**

Normalização: Adenilson Félix

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.  
408 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1702-1

1. Aids. 2. Tratamento antirretroviral. 3. Tratamento. I. Título. II. Série.

CDU 616.98:578.828

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/OS 0376

#### **Títulos para indexação:**

Em inglês: Adhesion to antiretroviral therapy in Brazil: studies collection of the Project Atar

Em espanhol: Adhesión al tratamiento antirretroviral en Brasil: colección de estudios de lo Proyecto Atar: Proyecto Atar

## AGRADECIMENTOS

Aos serviços participantes:

Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias, SMS – UFMG (CTR/DIP  
Orestes Diniz – SMS-UFMG)

Hospital Eduardo de Menezes, FHEMIG

Ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, Brasil

À Coordenação Estadual de DST/Aids, Minas Gerais

À Gerência de Epidemiologia e Informação da SMSA - Belo Horizonte

Ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Nutrição, NESCON-UFMG

Ao Pessoal da Farmácia e Portaria dos Serviços de Saúde CTR-DIP e HEM/FHEMIG

A Maria do Carmo Teatini, Enfermeira do CTR-DIP

A Maria Cristina Dias, Gerente do CTR-DIP

A Eduardo Rodrigo de Costa Rodrigues, responsável pelo SICLOM no CTR-DIP

Às Organizações Não Governamentais:

GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à Aids/BH

VHIVER

Solidariedade Clínica Nossa Senhora da Conceição

Associação dos Portadores HIV/BH

MUSA - Mulher e Saúde

### EM ESPECIAL

“Aos sujeitos desta pesquisa, que concordaram em participar, mesmo que seus horários e atribuições diárias às vezes dificultassem essa participação. Esperamos que os resultados aqui produzidos possam contribuir para que o tratamento antirretroviral atinja seu principal objetivo, ou seja, propiciar uma melhor qualidade de vida a todos aqueles em acompanhamento para a infecção pelo HIV/aids.

A vocês dedicamos este trabalho.”



## **PÁGINAS DE INTERESSE**

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde

<http://www.aids.gov.br>

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

<http://www.abiaids.org.br>

Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil – Saúde Mental

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925)

Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/UFMG)

<http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>



|  |            |
|--|------------|
| <b>Prefácio .....</b>  | <b>9</b>   |
| <b>Capítulo 1</b>  |            |
| Adesão no contexto da terapia antirretroviral no Brasil: políticas públicas e desafios .....   | 11         |
| <b>Capítulo 2</b>  |            |
| Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009 .....   | 17         |
| <b>Capítulo 3</b>  |            |
| Projeto ATAR: metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo .....   | 35         |
| <b>Capítulo 4</b>  |            |
| Projeto ATAR: análise descritiva .....   | 59         |
| <b>Capítulo 5</b>  |            |
| Projeto ATAR: como os pacientes iniciam o tratamento? .....  | 77         |
| <b>Capítulo 6</b>  |            |
| Projeto ATAR: impacto do tratamento antirretroviral nos primeiros meses .....  | 101        |
| <b>Capítulo 7</b>  |            |
| Projeto ATAR: abordagens qualitativas – grupos focais<br>utilização dos serviços e fatores que favorecem ou dificultam a adesão aos antirretrovirais ..... | 141        |
| <b>Capítulo 8</b>  |            |
| Projeto ATAR: abordagens qualitativas – entrevistas em profundidade<br>representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da aids .....           | 157        |
| <b>Capítulo 9</b>  |            |
| Projeto ATAR: considerações finais e recomendações .....   | 171        |
| <b>Referências .....</b>   | <b>185</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>223</b> |
| Anexo A – Projeto ATAR: questionário de verificação dos critérios de elegibilidade .....   | 225        |
| Anexo B – Projeto ATAR: questionários de controle .....  | 235        |
| Anexo C – Projeto ATAR: entrevista basal .....   | 239        |
| Anexo D – Questionário da escala de ansiedade e depressão HAD e<br>de qualidade de vida WHOQOL .....   | 285        |
| Anexo E – Projeto ATAR: questionário da entrevista de acompanhamento.....  | 297        |
| Anexo F – Projeto ATAR: registro diário de medicamento .....   | 333        |
| Anexo G – Formulário para coleta de dados de dispensação de antirretrovirais.....  | 351        |



|  |            |
|--|------------|
| Anexo H – Projeto ATAR: formulário para coleta de dados de fonte secundária.....             | 359        |
| Anexo I – Projeto ATAR: formulário para transcrição da planilha de exames laboratoriais..... | 387        |
| Anexo J – Projeto ATAR: roteiros grupo focal e entrevista em profundidade.....               | 395        |
| Anexo K - Projeto ATAR: produção científica .....  | 399        |
| <b>Equipe Técnica do Projeto ATAR (Adesão ao Tratamento Antirretroviral) .....</b>           | <b>405</b> |

Este livro consolida os resultados de excelente produção científica brasileira sobre um tema crucial para a política de enfrentamento da epidemia de HIV/aids: a adesão à terapia antirretroviral. Esta produção destaca-se por tratar, com o rigor necessário, um tema complexo do ponto de vista metodológico, em uma perspectiva transdisciplinar.

Esse esforço resultou de uma colaboração profícua entre o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e a Universidade Federal de Minas Gerais. Seus resultados, da maior importância para a política governamental, certamente contribuirão para a identificação de prioridades na investigação nessa área, permitindo intervenções compatíveis com a especificidade das condições culturais e sociais das pessoas vivendo com HIV/aids em tratamento.

Dirceu Greco  
Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde



## ADESÃO NO CONTEXTO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E DESAFIOS

Ivana Drummond Cordeiro, Rachel Baccarini, Cristina Possas

A adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil, pela importância e complexidade das questões que envolve, requer uma abordagem ampla, que transcenda sua dimensão estritamente assistencial e que permita examiná-la à luz do conjunto das políticas públicas de enfrentamento da epidemia.

A Constituição Brasileira de 1988, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Fundamentada nesse contexto, em 1996 foi editada a Lei nº 9.313/96 (BRASIL, 1996), garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais no âmbito do SUS. Desde então, tem sido ampliado o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da aids. Estima-se que existam no Brasil 630 mil pessoas portadoras do HIV. Até dezembro de 2009, 195.000 delas estavam em uso dos antirretrovirais (ARV). Anualmente, são aproximadamente 33.000 novos casos diagnosticados e notificados por ano.

O sucesso na luta contra a epidemia de aids no Brasil, traduzido pela queda dos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e sustentado pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos antirretrovirais e pelas ações de prevenção desenvolvidas, foi uma conquista do governo, da sociedade civil organizada e dos profissionais de saúde envolvidos com o enfrentamento da epidemia.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais responsabiliza-se pela política pública nessa área, orientando o tratamento de indivíduos portadores da infecção pelo HIV e aids, apoiando organizações de pessoas que vivem com o HIV/aids, assim como projetos de organismos não governamentais e promovendo a adoção de estratégias de melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral na rede de serviços de atendimento para portadores de HIV/aids.

As orientações para o tratamento seguem documentos que constituem as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos, em Crianças e Adolescentes e em Gestantes, elaboradas por comitês assessores formados por especialistas da área, representantes da sociedade civil e de sociedades médicas. Essas recomendações são revistas e atualizadas à medida que novas drogas são registradas na ANVISA ou que novas evidências demonstrem necessidade, sempre na perspectiva do uso racional

desses medicamentos e do alinhamento técnico-científico às premissas da política de acesso universal aos antirretrovirais no Brasil.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso a tratamento antirretroviral. A atuação brasileira no tratamento da doença destacou-se por seu pioneirismo no plano internacional e demonstrou ser possível atuar na dinâmica dos preços dos medicamentos no mercado global. Ao incentivar debates públicos sobre o assunto e ao divulgar os custos do tratamento nos meios de comunicação, o país apostou na transparência dos preços dos medicamentos nos países em desenvolvimento (NUNN et al., 2009).

Desde a década de 80, o país tem implementado campanhas educativas e de prevenção, incluindo a distribuição de preservativos no âmbito nacional, bem como campanhas direcionadas a populações vulneráveis, tais como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens.

A organização da rede de serviços de referência no Brasil teve um papel histórico no manejo clínico da infecção pelo HIV, com grande impacto na sobrevivência dos pacientes. Essa rede conta atualmente com 675 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 636 unidades de referência para o tratamento (Serviços de Assistência Especializada - SAE), 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico, num total de 1.210 serviços.

Os resultados obtidos com o tratamento – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física das pessoas soropositivas e permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (BASTOS, 2006).

A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV (BRASIL, 2008a).

A ampla utilização da terapia antirretroviral altamente ativa resultou na melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e a aids. Por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade. Enfrentamos hoje o grande desafio de encontrar formas de prevenir e tratar uma parcela significativa dos pacientes com aids, que vêm sofrendo com os eventos adversos ao uso de antirretrovirais, como as dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides), a lipodistrofia (alterações na distribuição da gordura corporal), a resistência periférica à insulina (acarretando aumento do açúcar no sangue) e a acidose metabólica (por disfunção mitocondrial). Nesse contexto, as questões relativas ao desenvolvimento de

medidas de estímulo à adesão aos serviços e à terapia antirretroviral, além de prioritárias, precisam ser incrementadas e devem constituir objeto de ações contínuas e duradouras. Da mesma forma, torna-se imperativo encontrar meios inovadores e efetivos de abordar a prevenção entre os pacientes com HIV e trazê-la para o campo da prática.

Também as coinfeções com as hepatites B e C, e com a Tuberculose, vem se transformando em grandes desafios e são hoje responsáveis por mortalidade de parte significativa dos pacientes com aids.

A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão.

Como diretriz do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Adesão é tema transversal – perpassa todas as ações em saúde, e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde dos serviços de saúde. Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008a).

As estratégias de adesão preconizadas pelo Departamento devem ser baseadas nas diretrizes do SUS: humanização, integralidade, descentralização. O início do tratamento, as trocas de esquema e a ocorrência de efeitos adversos são momentos essenciais de reforço à adesão ao tratamento. O preparo em relação à adesão deve ser iniciado precocemente, antes mesmo do início da terapia, conforme as necessidades de cada paciente, mesmo para aqueles considerados inicialmente como “aderentes”. A adesão, como componente da convivência com a infecção pelo HIV, deve ser tratada como parte das discussões iniciais entre equipe de cuidado e paciente. Deve-se avaliar o modo de viver de cada usuário e, se possível, o médico deve adaptar o esquema de medicação de modo que o mesmo se adeque ao estilo de vida do paciente, e não tentar alterar o estilo de vida da pessoa para que esta se adapte ao esquema de medicação.

A assistência integral aos pacientes, o respeito aos seus direitos e à sua dignidade, ao lado das ações de prevenção, das campanhas, do processo de educação permanente dos profissionais de saúde, da adoção de ações e metas arrojadas têm sido os principais motivos do progresso das respostas, em relação à aids, que o País conquistou nos últimos anos.

Cada plano de tratamento deve ser elaborado junto ao paciente, pois, quando este entende seu tratamento e participa das decisões a respeito do mesmo, torna-se mais propenso a aderir ao tratamento.

A motivação para aderir ao tratamento prescrito é influenciada pelo valor que o

paciente atribui à obediência ao regime e o seu grau de confiança em poder segui-lo. Aumentar a motivação do paciente leva a um crescimento da percepção da importância da adesão e fortalecer a confiança ajuda a construir habilidades de autoadministração. Ambos os aspectos devem ser objetivos do processo de construção de uma boa adesão.

A prescrição da terapia antirretroviral merece uma abordagem da equipe interdisciplinar, com a finalidade de facilitar a adesão adequada desde o momento em que o usuário tem a necessidade do uso da TARV. Entendendo que o tratamento não se limita à mera prescrição de medicamentos, para promover a adesão também é necessário atenção aos aspectos de caráter psicossocial. Há que se compreender o usuário dos serviços como sujeito de seu autocuidado e fazer com que ambos, paciente e profissional de saúde, pensem em formas de lidar com a adesão ao tratamento em seu início.

No cotidiano dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, difere de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutive. Reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde (BRASIL, 2008a).

Estudos recentes vêm demonstrando a diminuição do risco de transmissibilidade do vírus, correlacionado com carga viral indetectável, e também apontam para a necessidade de que as políticas de enfrentamento à epidemia aprimorem cada vez mais a qualidade da atenção, promovendo, entre outros benefícios, melhora na adesão à terapia.

O sucesso do tratamento para a aids depende, portanto, de um conjunto de fatores; entre eles, o tratamento antirretroviral e a adesão ao tratamento, que, acontecendo em consonância, permitem uma resposta adequada à terapia, com indetecção da carga viral, melhoria da qualidade de vida das PVHA, retomada dos projetos de vida e relações sociais afetivas e familiares mais satisfatórias.

Para apoiar essa política de assistência e tratamento, é crucial articulá-la a uma adequada política científica e tecnológica, garantindo a realização de pesquisas que assegurem as evidências empíricas necessárias à tomada de decisões bem fundamentadas na rede do SUS.

Com esse objetivo, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem feito esforços significativos para estimular a produção científica sobre a adesão, apoiando projetos de pesquisa nas diversas áreas do conhecimento relacionadas ao tema - comportamental, epidemiológica, clínica e social - e contemplando distintas abordagens metodológicas, quantitativas e qualitativas.

O principal desafio nessa interação entre pesquisa e o processo decisório político no campo da adesão tem sido comprometer os atores envolvidos com a temática -

formuladores de políticas, gestores, organizações de pacientes e pesquisadores - em todo o processo, desde a definição de problemas e a seleção dos temas prioritários para a pesquisa até o acesso aos resultados da produção científica e a incorporação e aplicabilidade desses resultados.

Essa estratégia de incorporação e disseminação de resultados foi construída a partir da formulação de indicadores assistenciais e de pesquisa, visando ao monitoramento contínuo e à avaliação da utilização de evidências científicas como subsídio para a formulação de políticas e ações de saúde, nos moldes das *"evidence-informed policy networks"*, como a EVIPNet, coordenada pela OMS, que formulam estratégias para estimular a utilização da evidência científica entre os gestores.

Esse esforço resultou no presente livro, que certamente contribuirá para a estruturação de uma futura rede brasileira de pesquisa e para a disseminação da informação sobre a adesão, compartilhada entre pesquisadores e gestores, com resultados importantes para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.





### ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA, 2004-2009

Gustavo Machado Rocha, Palmira de Fátima Bonolo, Maria das Graças Braga Ceccato,  
Lorenza Nogueira Campos, Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, Francisco de Assis  
Acurcio, Mark Drew Crosland Guimarães

A terapia antirretroviral altamente potente para indivíduos infectados pelo HIV reduziu consideravelmente a morbi-mortalidade desses pacientes (PALELLA et al., 1998). No Brasil, a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde foi garantida por lei sancionada em 1996 (BRASIL, 1996). Nesse cenário, a aids deixou de ser um agravo com alta letalidade e passou a ser considerada uma doença crônica potencialmente controlável. Contudo, o sucesso da terapia depende de vários fatores, como questões relacionadas ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, características virais e da resposta imune, além de fatores comportamentais relacionados ao indivíduo, principalmente a adesão ao tratamento (BERG; ARNSTEN, 2006; PATERSON et al., 2000). Como regra geral, altos níveis de adesão são necessários para se obter níveis plasmáticos indetectáveis de carga viral do HIV e se alcançar os objetivos em longo prazo do tratamento. Estudos iniciais (PATERSON et al., 2000) apontam para a necessidade do uso de pelo menos 95% das doses recomendadas para obter sucesso terapêutico. Em anos recentes, a possibilidade de se alcançar esses benefícios é ainda maior, haja vista o amplo arsenal terapêutico disponível, com a inclusão de novas drogas mais potentes, seguras e de posologia mais conveniente (BRASIL, 2008b).

A adesão ao tratamento antirretroviral tem sido amplamente estudada em todo o mundo. No entanto, trata-se de um processo dinâmico e complexo, multifatorial e abrangente, sendo, portanto, de difícil mensuração. Existem diversas formas descritas e validadas para mensurar a adesão ao tratamento antirretroviral - TARV (BERG; ARNSTEN, 2006; HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2008; SIMONI et al., 2008), com distintas aplicações. Entre os exemplos mais comuns, pode-se citar o autorrelato (entrevistas estruturadas), informações de registros de farmácia, dispositivos eletrônicos de monitorização, dosagem de níveis séricos terapêuticos, métodos pictóricos (registro diário de medicamentos, entrevistas autoaplicáveis), entre outros. Cada um desses métodos tem suas particularidades, vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que são propostos.

Neste capítulo, documenta-se a produção científica nacional e internacional que vem sendo divulgada sobre a temática *aids e adesão à terapia antirretroviral*. Em artigo já publicado (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007), o grupo de pesquisadores do Projeto ATAR elaborou revisão da literatura sobre o tema abrangendo o período de 1999 a 2004. Foram apresentados resultados de 56 trabalhos de análise quantitativa e com cobertura de contextos diversos que discutiram questões essenciais sobre: pontos de corte para medir a adesão; métodos unificados ou combinados de medida da adesão; barreiras que impedem a adesão perfeita e intervenções propostas pelos autores para incremento e manutenção de níveis ideais de adesão.

Em termos gerais, a adesão foi quantificada estabelecendo-se, explicitamente, um ponto de corte que variou de 80,0 a 100,0% das doses prescritas. Em relação ao tempo de avaliação, houve diferenças e os tempos variaram de um dia até um ano. Os períodos mais longos foram para as avaliações do registro da farmácia, e os períodos mais curtos (um a três dias), para o autorrelato (entrevista). Os principais métodos utilizados para a mensuração da adesão foram: medidas subjetivas, baseadas em autorrelato por entrevista (61,5%); medidas objetivas, baseadas em registros de dispensação em farmácia (7,7%) e em dispositivos eletrônicos colocados nas embalagens dos ARV (5,8%); e combinação de métodos (23,1%). Entre 43 artigos que apresentaram a incidência ou prevalência da não adesão, a taxa média foi de 30,4% (5,0%-67,0%), variando de acordo com o tipo de medida, o desenho do estudo e o ponto de corte utilizado. Em 25 estudos, verificou-se correlação da adesão com parâmetros clínicos e/ou laboratoriais.

Com relação aos fatores associados à não adesão à terapia antirretroviral, foram identificadas variáveis sociodemográficas (p. ex., idade, raça, sexo, escolaridade, renda), relacionadas com a vulnerabilidade ao HIV/aids (p. ex., estresse psicológico, expectativa de autoeficácia, utilização de drogas ilícitas e lícitas, depressão, disfunção neuro-cognitiva), relacionadas ao acesso aos serviços de saúde (p. ex., não ser aderente às consultas de acompanhamento, número de serviços de saúde em contato) e relacionadas ao acompanhamento clínico e laboratorial (p. ex., percepção ou presença de efeitos colaterais e percepção da severidade dos sintomas, complexidade do regime terapêutico, compreensão inadequada do tratamento, dúvidas quanto à efetividade da TARV, relato prévio de não adesão, maior tempo entre o resultado de sorologia positiva para o HIV e a primeira prescrição de ARV)<sup>8</sup>.

A importância da qualidade da atenção ao paciente para a adesão terapêutica fica evidente também no estudo de Nemes e colaboradores (NEMES et al., 2009). Entre os fatores preditivos da não adesão ligados aos serviços de saúde, os autores encontraram: tratar-se de um serviço com até 100 pacientes e falta de regularidade às consultas de acompanhamento. Esses resultados demonstram os benefícios que podem advir do acesso a uma equipe multidisciplinar e a serviços de referência para o HIV/aids, para o incremento e manutenção de níveis ótimos de adesão.

Para o desenvolvimento desta nova revisão sistemática, realizou-se busca ampliando as bases de dados consultadas e incluindo artigos publicados no período de janeiro de 2004 a junho de 2009. O principal objetivo desta revisão foi explorar sistematicamente o tema adesão à terapia antirretroviral, considerando o perfil dos estudos e as diversas maneiras de medir a adesão, assim como suas definições e pontos de corte utilizados. A metodologia e os resultados da revisão sistemática são apresentados detalhadamente a seguir.

## MÉTODOS

### ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foi realizada uma busca dos artigos relacionados à temática de interesse, publicados em revistas indexadas entre janeiro de 2004 e junho de 2009, nas bases de dados MEDLINE [*National Library of Medicine*, Estados Unidos da América (EUA)] – interface Pubmed, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde – LILACS, Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* – SCIELO.

Para a busca no Pubmed, utilizou-se o *software Reference Manager 11* (*The Nordic Cochrane Centre*; <<http://www.cc-ims.net/RevMan>>). As buscas no LILACS, Cochrane e SCIELO foram realizadas diretamente no portal BIREME (BVS) (<<http://www.bireme.br>>). Na estratégia de busca para a captura de publicações na base de dados LILACS, SCIELO e Cochrane utilizaram-se as seguintes palavras-chave: ((antirretroviral or anti-retroviral or antirretroviral) AND (adherence or adhesion or adesao or compliance or non-adherence or nonadherence or no-adhesion or nao-adesao)). No processo de busca para a captura de publicações na base de dados MEDLINE (PUBMED), utilizaram-se as palavras-chave: {antirretroviral} OR {anti-retroviral} OR {antirretroviral} AND {adherence} OR {adhesion} OR {adesao} OR {compliance} OR {non-adherence} OR {nonadherence} OR {no-adhesion} OR {nao-adesao}.

Os critérios de busca foram aplicados para os títulos e resumos. Durante a busca, estabeleceram-se os seguintes limites para a inclusão de títulos e resumos: idioma inglês, português ou espanhol, estudos em seres humanos e publicados entre janeiro de 2004 e junho de 2009.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os títulos e resumos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estudos quantitativos relacionados à adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos vivendo com o HIV/aids e que avaliaram a proporção, prevalência ou

incidência de adesão ou não adesão, incluindo estudos realizados em populações específicas (p. ex., crianças, gestantes, usuários de drogas injetáveis, pacientes com comorbidades, etc.).

Os critérios adotados para a exclusão foram: estudos qualitativos, estudos quantitativos não relacionados à adesão à terapia antirretroviral, estudos *in vitro*, estudos relacionados com farmacocinética e farmacodinâmica, relatos de casos, consensos e guias terapêuticos.

Após essa análise (Fase I), os artigos selecionados foram avaliados na íntegra, tendo-se excluído aqueles que não explicavam o critério, a definição ou a medida de adesão utilizada, os estudos de metanálise e os artigos de revisão, além daqueles que se enquadravam nos critérios de exclusão já utilizados para análise dos títulos e resumos.

Para verificar se os artigos atendiam aos critérios de inclusão, realizou-se uma avaliação por dois revisores independentes, obedecendo a seguinte ordem: i. Títulos de todos os estudos identificados; ii. Resumos dos estudos selecionados na fase anterior; e iii. Leitura completa dos textos selecionados. Para os casos em que houve discordância entre os revisores quanto à inclusão do estudo na revisão, houve avaliação por um terceiro revisor.

Após leitura dos artigos selecionados, as informações foram coletadas e digitadas em banco de dados de acordo com as seguintes variáveis: 1. Descritores dos artigos: autor principal, base de dados pesquisada, periódico, ano de publicação, país, estado e cidade onde foi realizado o estudo (para estudos no Brasil), instituição de vínculo e país do primeiro e últimos autores; 2. Metodologia: delineamento do estudo, indicação de estudo em início de terapia ARV, número de serviços de saúde estudados em cada artigo, estudo selecionado ou de base populacional, população elegível (crianças, adultos), critério populacional específico (UDI, gestantes, coinfectados, etc.), indicação de medida de adesão ou não adesão, tipo de medidas de adesão adotadas (autorrelato, registros de farmácia ou prontuário, contagem de pílulas, dispositivos eletrônicos, nível sérico, etc.), fonte de informação e definição de adesão/não adesão; 3. Características da amostra estudada: tamanho (efetivo) da amostra analisada, média de idade dos participantes, proporção de homens, proporção do evento medido (adesão/não adesão).

A última etapa (Fase II) consistiu em selecionar apenas os estudos observacionais entre adultos, que mediram a adesão de forma quantitativa e estabeleceram e descreveram objetivamente o ponto de corte utilizado, sendo excluídos aqueles que utilizaram mais de uma medida diferente de adesão. De forma complementar, procedeu-se a uma metanálise entre os estudos realizados em território nacional a fim de se obter uma medida síntese da taxa de não adesão. Os dados foram agrupados e digitados em banco de dados para análise. Utilizaram-se os programas Paradox® (versão 11.0), SAS® (Windows 9.0) e CMA – *Comprehensive Meta-analysis*® (versão 2).

## RESULTADOS

Para o período de 2004 a 2009, a estratégia de busca identificou inicialmente 1.910 títulos e resumos (Figura 1). Após a análise independente dos dois revisores quanto aos critérios de elegibilidade, foram excluídos 835 (46,0%) estudos segundo o título. Os principais motivos de exclusão pelo título foram: estudos que não abordavam a adesão à terapia ARV (44,7%), estudos fora de escopo (44,2%) e estudos qualitativos (5,2%).

Dentre os resumos avaliados, 300 (16,5%) estudos adicionais foram excluídos. Os principais motivos de exclusão pelo resumo foram, novamente: estudos que não abordavam a adesão à terapia ARV (50,3%), estudos fora de escopo (22,3%), artigos sem resumos (13,3%) e estudos qualitativos (6,0%). Dos 775 artigos selecionados, 652 (84,1%) foram obtidos na íntegra para avaliação do texto completo. Destes, 331 foram excluídos após análise na íntegra, sendo as principais razões: estudos sem taxas ou definição de adesão (46,8%), estudos qualitativos ou conceituais (17,5%), artigos repetidos (10,6%) e artigos de revisão ou metanálises (10,0%). Após a finalização do levantamento sistematizado para o período, foram selecionados e digitados 321 artigos (Fase I). Destes, 145 (45,2%) estudos adicionais foram excluídos (Figura 2) pelos seguintes motivos: ensaios clínicos (36), estudos caso-controle (1), estudos em crianças (22), estudos sem ponto de corte definido (49) e estudos com múltiplas medidas de adesão (37). A amostra efetiva objeto dessa análise (Fase II) resultou finalmente em 176 artigos (Quadro 1), sendo 13 estudos realizados em território nacional (HOFER; SCHECHTER; HARISSON, 2004; NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004; BONOLO et al., 2005; COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008; BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; GARCIA et al., 2006; CARVALHO; MERCHAN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007; REMIEN et al., 2007; BONOLO et al., 2008; CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2008; BLATT et al., 2009; GOMES et al., 2009; SILVA et al., 2009).

### LOCAL, PERÍODO, DESENHO E AMOSTRA DOS ESTUDOS

Conforme a Tabela 1, houve uma diversificação de cenários em todo o mundo no que tange aos estudos selecionados de adesão à terapia antirretroviral. No continente africano, os países envolvidos foram: África do Sul (2), Costa do Marfim (3), Etiópia (1), Malauí (1), Mali (1), Moçambique (1), Nigéria (2), Quênia (1), Tanzânia (3), Uganda (5) e Zâmbia (3). A América Latina contribuiu com 16 (9,1%) estudos, dos seguintes países: Brasil (13), Costa Rica (2) e Porto Rico (1). Cerca de metade dos estudos foi realizada na América do Norte (51,1%), sendo a maioria destes nos Estados Unidos (n=75; 83,3%). O continente europeu contou com trabalhos da Alemanha (1), Dinamarca (2), Espanha (12), França (6), Itália (5), Reino Unido (4), Suécia (3) e Suíça (2). Já o continente asiático contribuiu com 11 (6,3%) estudos, realizados na China (3), Índia (6) e Tailândia (2).

A maioria dos estudos (58,5%) avaliou pacientes oriundos de um a quatro serviços de saúde, sendo que 25 (14,2%) artigos realizaram estudos multicêntricos sem explicitar o número de serviços de saúde participantes. O número máximo de serviços de saúde avaliados foi 86 (um artigo) e a moda foi de um serviço (76 estudos). Dentre os estudos observacionais selecionados, 57,4% foram do tipo coorte prospectivo ou retrospectivo e 42,6% foram do tipo corte transversal.

Com relação aos tamanhos amostrais, a média e mediana foram, respectivamente, 1.152,7 e 267,5 participantes. Houve três estudos com amostra superior a 20.000 pessoas. A média global de idade dos participantes foi 38,7 anos (entre 159 estudos com essa informação disponível).

## DEFINIÇÃO DA ADESÃO

A maioria dos estudos mediu a adesão como uma variável quantitativa (p. ex., proporção de doses tomadas em relação a doses prescritas) e definiu um ponto de corte para a adesão. Esse ponto de corte variou de 75,0% a 100,0%, sendo que aproximadamente um terço dos estudos definiu esse ponto de corte em 100%, e outro terço em 95%. Houve grande variação no tempo de tratamento avaliado, desde um dia até 12 meses. Alguns estudos adotaram outras definições de não adesão, como, por exemplo, abandono de tratamento, dias de atraso na dispensação, deixar de ingerir a medicação por dias, baixa autoeficácia, entre outros. Alguns trabalhos utilizaram definições múltiplas e combinadas de adesão e/ou tempos múltiplos de avaliação de tratamento.

## MEDIDA DA ADESÃO

Quanto aos tipos de medidas de adesão adotadas, a maior parte dos estudos utilizou, como medidas isoladas, o autorrelato (71,0%), seguido pelos registros de dispensação em farmácia (17,1%). Ainda se utilizaram: contagem de pílulas (6,8%), dispositivos eletrônicos [*Medication Event Monitoring Systems* (MEMS)] colocados na embalagem dos ARV (4,0%), registros em prontuários médicos (0,6%) e nível sérico terapêutico (0,6%) - Tabela 1.

## CARACTERÍSTICAS DA NÃO ADESÃO

Dentre os 176 trabalhos analisados, a taxa média geral (incidência e prevalência) de não adesão foi de 34,5% (IC 95% 31,7%-37,2%), com mediana de 32,3%. Nota-se grande variabilidade de valores encontrados (desde 0,8% até 85,2% de não adesão), dependendo principalmente do tipo de medida, da definição de adesão e do ponto de

corte adotados. A taxa média entre os estudos que mediram a incidência de não adesão (coorte prospectivo e retrospectivo, n=101) foi 35,7% (IC 95% 32,0%-39,5%). Já para os estudos que mediram a prevalência da não adesão (n=75), a taxa média foi 32,8% (IC 95% 28,7%-36,8%) - Tabela 2. A metanálise envolvendo apenas os estudos realizados em território nacional e publicados entre 2004 e junho de 2009, gerou uma taxa síntese não adesão de 34,4% (Tabela 3; Figura 3).

## Discussão

À medida que a revisão avançou por ordem cronológica, observou-se maior rigor na avaliação da adesão pela literatura: passou-se a adotar, cada vez mais, o critério de uso de pelo menos 95% das doses prescritas de ARV em tempos maiores ou combinados; houve, também, uma preocupação em se aplicar mais de um método para a medida, com o objetivo de validar a informação de adesão à terapia antirretroviral. A revisão de literatura indicou que a não adesão ocorre universalmente e suas taxas são comparáveis entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. De acordo com os dados apresentados, as taxas de não adesão variaram entre 0,8% a 85,0%, segundo a definição de tomada de antirretrovirais prescritos, que foi de 75,0% a 100,0%.

É importante salientar que as taxas de não adesão variam com o percentual de adesão estabelecido, a definição da medida da adesão aplicada (autorrelato por entrevista; registro diário; contagem de pílulas; registro de prontuário; dispensação da farmácia; dispositivo eletrônico; ou combinação de métodos) e o desenho do estudo. Sobre o momento estabelecido para mensurar a adesão, houve uma preocupação em se mesclar diferentes períodos, considerando, por exemplo, o dia anterior à visita e o final de semana. Essa questão é importante para se evitar o viés de memória. Considere-se, ainda, o fato de a adesão ser um processo complexo e dinâmico, em constante mutação ao longo do tempo.

Apesar dos avanços, ainda houve predominância de medidas com tendência mais subjetivas e únicas, principalmente o autorrelato (71,0%). O dispositivo eletrônico MEMS foi pouco empregado nos estudos; inclusive, não há registro de sua utilização nos trabalhos publicados no Brasil. Isso pode ser explicado, em parte, por seu custo elevado, não permitindo seu uso disseminado.

Os trabalhos apontam que as estratégias desenvolvidas para incrementar a adesão devem ser estimuladas considerando as condições socioeconômicas da população. Os profissionais de saúde devem possibilitar aos pacientes o acesso a um cuidado integral, um canal aberto não somente para a abordagem de questões relacionadas ao tratamento como também de apoio àqueles com baixa expectativa para adesão. Intervenções psicoeducativas devem ser contínuas ao longo do tratamento, com o objetivo de contribuir para a melhoria do bem-estar social e emocional dos indivíduos,



com aumento da expectativa de autoeficácia do paciente ao seguir a prescrição.

Em relação ao tratamento antirretroviral, é necessária orientação minuciosa do paciente sobre esse processo, para seu maior conhecimento da doença e melhor compreensão do tratamento. Os serviços de saúde são vistos como espaços estratégicos de informação e execução de intervenções no campo da adesão, entre as quais se inclui a disponibilidade de informação sobre a importância da adesão e a adequação do tratamento à rotina de vida do paciente, além de atendimento clínico voltado para a toxicidade do tratamento e para o manejo de dependência química.

Os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar estabelecer uma aliança com o paciente. Nesse processo de corresponsabilização, existe, ainda, uma rede familiar e social que, direta ou indiretamente, contribuirá para o sucesso ou possível falha no tratamento.

A respeito dos regimes terapêuticos, os estudos evidenciam a necessidade de investir em prescrições simplificadas, de dosagens fáceis de serem lembradas e com os menores efeitos colaterais possíveis. Antes de iniciar a medicação ARV, recomenda-se tratamento de apoio a usuários de bebida alcoólica e/ou drogas ilícitas.

Em resumo, os estudos apontam para a necessidade do monitoramento constante dos pacientes, não somente do ponto de vista clínico e laboratorial, mas também voltado para a possibilidade de ocorrência da não adesão e de seus fatores de risco. O foco das intervenções deve considerar as possíveis barreiras psicossociais e não apenas os fatores ligados ao paciente ou ao tratamento. A fase inicial do acompanhamento clínico pelo HIV é crítica e, para criar vínculo com o paciente, é preciso considerar um monitoramento individual, suporte social e esforços de orientação sobre a aids.

Ademais, os serviços de referência para o acompanhamento do HIV/aids, em que pese o reconhecimento de seus contínuos esforços para atingir níveis de excelência, devem trabalhar na perspectiva da equidade, para diminuir as distâncias entre a divulgação da informação e aqueles a que esta informação se destina, estabelecendo a qualidade de vida como prioridade na atenção prestada às pessoas que vivem com HIV/aids pelos serviços públicos no Brasil. Em termos operacionais e buscando incrementar a efetividade do cuidado, ressalta-se a importância do monitoramento na dispensação dos ARV, o que possibilita a identificação dos pacientes com retirada irregular desses medicamentos na farmácia e o desenvolvimento de ações que enfrentem adequadamente esse problema. Dessa avaliação podem-se encarregar todos os serviços de referência para tratamento do HIV/aids distribuídos pelo território brasileiro.

FIGURA 1

APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS ARTIGOS INCLUÍDOS E EXCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA, FASE I, 2004-2009.

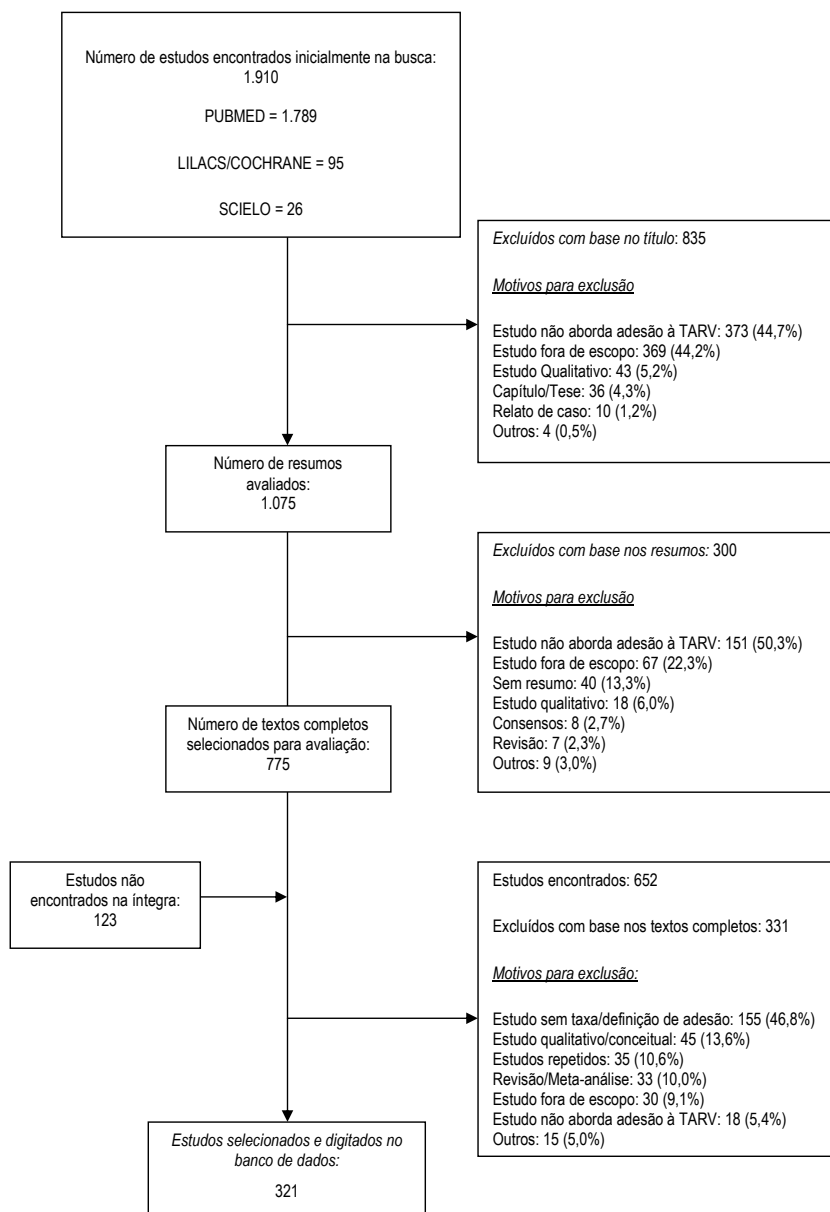
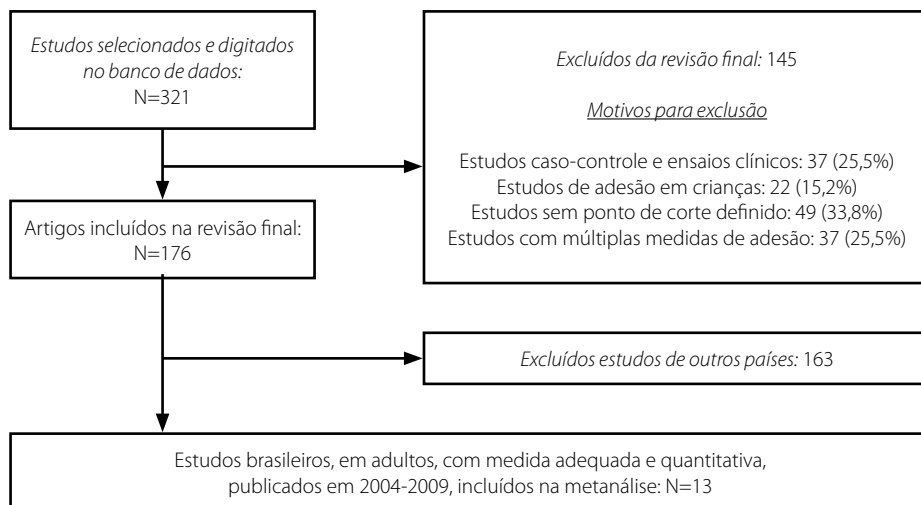


FIGURA 2

APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS ARTIGOS INCLUÍDOS E EXCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA, FASE II  
(N=176), 2004-2009.



## QUADRO 1

**ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA, FASE II, DE ACORDO COM AUTOR,  
ANO DE PUBLICAÇÃO E PAÍS ONDE FORAM REALIZADOS, 2004-2009 (N=176).**

| <b>Autor</b>    | <b>Ano</b> | <b>País do Estudo</b> | <b>Autor</b>   | <b>Ano</b> | <b>País do Estudo</b> |
|-----------------|------------|-----------------------|----------------|------------|-----------------------|
| Ahoua           | 2009       | Uganda                | Lima           | 2007       | Canadá                |
| Amberbir        | 2008       | Etiópia               | Liu            | 2006       | EUA                   |
| Amico           | 2005       | Porto Rico            | Lucas          | 2007       | EUA                   |
| Amico           | 2007       | EUA                   | Luszczynska    | 2007       | Índia                 |
| Ammassari       | 2004       | Itália                | Magafu         | 2009       | Tanzânia              |
| Applebaum       | 2009       | EUA                   | Maggiolo       | 2005       | Itália                |
| Bajunirwe       | 2009       | Uganda                | Maitland       | 2008       | Reino Unido           |
| Bangsberg       | 2006       | EUA                   | Malee          | 2009       | EUA                   |
| Barclay         | 2007       | EUA                   | Maneesriwongul | 2006       | Tailândia             |
| Barfod          | 2006       | Dinamarca             | Mannheimer     | 2005       | EUA                   |
| Barfod          | 2005       | Dinamarca             | Marhefka       | 2006       | EUA                   |
| Beach           | 2006       | EUA                   | Meade          | 2009       | EUA                   |
| Beals           | 2006       | EUA                   | Mellins        | 2008       | EUA                   |
| Bisson          | 2008       | EUA                   | Merenstein     | 2009       | EUA                   |
| Blatt           | 2009       | Brasil                | Merenstein     | 2008       | EUA                   |
| Boarts          | 2008       | EUA                   | Milam          | 2005       | EUA                   |
| Bonolo          | 2008       | Brasil                | Mohammed       | 2004       | EUA                   |
| Bonolo          | 2005       | Brasil                | Moore          | 2006       | Canadá                |
| Bottonari       | 2005       | EUA                   | Moore          | 2005       | EUA                   |
| Breton          | 2007       | França                | Mugavero       | 2006       | EUA                   |
| Brito           | 2006       | Brasil                | Murphy         | 2004       | EUA                   |
| Byakika-Tusiime | 2009       | Uganda                | Nachega        | 2009       | África do Sul         |
| Campos          | 2008       | Brasil                | Nachega        | 2007       | EUA                   |
| Carballo        | 2004       | Espanha               | Nachega        | 2004       | África do Sul         |
| Carlucci        | 2008       | Zâmbia                | Nemes          | 2004       | Brasil                |
| Carrico         | 2006       | EUA                   | Paasche-Orlow  | 2006       | EUA                   |
| Carvalho        | 2007       | Brasil                | Palepu         | 2006       | Canadá                |
| Castillo        | 2004       | EUA                   | Palepu         | 2004       | EUA                   |
| Caulbeck        | 2009       | Índia                 | Palepu         | 2004       | Canadá                |
| Chang           | 2009       | Uganda                | Parruti        | 2006       | Itália                |
| Chi             | 2009       | Zâmbia                | Peretti-Watel  | 2006       | França                |
| Chi             | 2009       | Zâmbia                |                |            |                       |
| Cohn            | 2008       | EUA                   | Pirkle         | 2009       | Mali                  |
| Collins         | 2006       | Canadá                | Plankey        | 2009       | EUA                   |
| Colombrini      | 2008       | Brasil                | Ramadhani      | 2007       | Tanzânia              |
| Crisp           | 2004       | EUA                   | Remien         | 2007       | Brasil                |
| Diabate         | 2007       | Costa do Marfim       | Rintamaki      | 2006       | EUA                   |

CONTINUA

| <b>Autor</b> | <b>Ano</b> | <b>País do Estudo</b> | <b>Autor</b>     | <b>Ano</b>        | <b>País do Estudo</b> |
|--------------|------------|-----------------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| Diamond      | 2005       | EUA                   | Roca             | 2005              | Espanha               |
| Duval        | 2005       | França                | Rockstroh        | 2008              | Alemanha              |
| Eholie       | 2007       | Costa do Marfim       | Roux             | 2008              | França                |
| Fielden      | 2008       | Canadá                | Ruiz-Pérez       | 2006              | Espanha               |
| Fielding     | 2008       | Reino Unido           | Ruiz-Pérez       | 2005              | Espanha               |
| Flynn        | 2007       | EUA                   | Samet            | 2004              | EUA                   |
| French       | 2005       | EUA                   | San Lio          | 2008              | Moçambique            |
| Fumaz        | 2009       | Espanha               | Santos           | 2005              | Espanha               |
| Fumaz        | 2008       | Espanha               | Sarna            | 2008              | Índia                 |
| Fumaz        | 2005       | Espanha               | Schneider        | 2004              | EUA                   |
| Gandhi       | 2009       | EUA                   | Schonnesson      | 2006              | Suécia                |
| Garcia       | 2006       | Brasil                | Schönnesson      | 2007              | Suécia                |
| Gardner      | 2008       | EUA                   | Servellen        | 2005 <sup>A</sup> | EUA                   |
| Gill         | 2009       | China                 | Servellen        | 2005 <sup>B</sup> | EUA                   |
| Glass        | 2008       | Suíça                 | Shah             | 2007              | Índia                 |
| Glass        | 2006       | Suíça                 | Sharma           | 2007              | Índia                 |
| Gomes        | 2009       | Brasil                | Sharpe           | 2004              | EUA                   |
| Gonzalez     | 2004       | EUA                   | Sherr            | 2008              | Reino Unido           |
| Graham       | 2007       | EUA                   | Shin             | 2008              | Peru                  |
| Gross        | 2005       | EUA                   | Shuter           | 2008              | EUA                   |
| Gross        | 2006       | Canadá                | Silva            | 2009              | Brasil                |
| Hanson       | 2009       | Costa do Marfim       | Sledjeski        | 2005              | EUA                   |
| Harrigan     | 2005       | Canadá                | Sodergard        | 2006              | Suécia                |
| Hedt         | 2008       | Malauí                | Spacek           | 2006              | Uganda                |
| Herraiz      | 2008       | Espanha               | Stout            | 2004              | Costa Rica            |
| Hicks        | 2007       | EUA                   | Taylor-Castillo  | 2005              | Costa Rica            |
| Hinkin       | 2004       | EUA                   | Theall           | 2007              | EUA                   |
| Hirsch       | 2009       | EUA                   | Thrasher         | 2008              | EUA                   |
| Hofer        | 2004       | Brasil                | Tucker           | 2004              | EUA                   |
| Holmes       | 2007       | EUA                   | Ubbiali          | 2008              | Itália                |
| Horberg      | 2008       | EUA                   | Unge             | 2009              | Quênia                |
| Horne        | 2007       | Reino Unido           | Uzochukwu        | 2009              | Nigéria               |
| Idigbe       | 2005       | Nigéria               | Verdugo          | 2005              | Espanha               |
| Johnson      | 2006       | EUA                   | Villes           | 2007              | França                |
| Kalichman    | 2008       | EUA                   | Vyavaharkar      | 2007              | EUA                   |
| Kalichman    | 2007       | EUA                   | Waite            | 2008              | EUA                   |
| Kapadia      | 2008       | EUA                   | Waldrop-Valverde | 2006              | EUA                   |
| Kidder       | 2007       | EUA                   | Waldrop-Valverde | 2005              | EUA                   |
| Kitkungvan   | 2008       | Tailândia             | Walkup           | 2009              | EUA                   |
| Knobel       | 2009       | Espanha               | Wanchu           | 2007              | Índia                 |
| Knobel       | 2004       | Espanha               | Wang             | 2007              | China                 |

## CONTINUAÇÃO

| <b>Autor</b> | <b>Ano</b> | <b>País do Estudo</b> | <b>Autor</b> | <b>Ano</b> | <b>País do Estudo</b> |
|--------------|------------|-----------------------|--------------|------------|-----------------------|
| Kuyper       | 2004       | Canadá                | Wang         | 2008       | China                 |
| Lazo         | 2007       | EUA                   | Watt         | 2009       | Tanzânia              |
| Lee Oh       | 2009       | EUA                   | Weiser       | 2009       | EUA                   |
| Leombruni    | 2009       | Itália                | Wiener       | 2004       | EUA                   |
| Leserman     | 2008       | EUA                   | Willard      | 2006       | EUA                   |
| Levine       | 2005       | EUA                   | Williams     | 2006       | EUA                   |
| Lima         | 2009       | Canadá                | Wolf         | 2007       | EUA                   |
| Lima         | 2009       | Canadá                | Wood         | 2004       | Canadá                |
| Lima         | 2008       | Canadá                | Wood         | 2006       | Canadá                |
| Lima         | 2008       | Canadá                | Woods        | 2009       | EUA                   |

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS ANALISADOS, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SELECIONADAS, FASE II (N=176).

| Características dos estudos                   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Local onde foram desenvolvidos:</b>        |     |      |
| África  | 23  | 13,1 |
| América Latina                                | 16  | 9,1  |
| América do Norte                              | 90  | 51,1 |
| Europa  | 35  | 19,9 |
| Ásia  | 11  | 6,3  |
| <b>Número de serviços de saúde estudados:</b> |     |      |
| 1 – 4   | 103 | 58,5 |
| 5 – 10  | 12  | 6,8  |
| 11 ou mais                                    | 14  | 8,0  |
| Multicêntrico não especificado                | 25  | 14,2 |
| Sem informação                                | 22  | 12,5 |
| <b>Tamanho amostral (participantes):</b>      |     |      |
| ≤ 100   | 34  | 19,3 |
| 101 – 1000                                    | 108 | 61,4 |
| 1001 – 8000                                   | 31  | 17,6 |
| > 20.000                                      | 3   | 1,7  |
| <b>Delineamento:</b>                          |     |      |
| Coorte prospectivo                            | 93  | 52,8 |
| Coorte retrospectivo                          | 8   | 4,6  |
| Corte transversal                             | 75  | 42,6 |
| <b>Medidas de adesão:</b>                     |     |      |
| Entrevistas (autorrelato)                     | 125 | 71,0 |
| Registro da dispensação na farmácia           | 30  | 17,1 |
| Contagem de pilulas                           | 12  | 6,8  |
| Dispositivo eletrônico – MEMS                 | 7   | 4,0  |
| Registro de prontuários                       | 1   | 0,6  |
| Nível sérico                                  | 1   | 0,6  |
| <b>Ponto de corte da medida de adesão:</b>    |     |      |
| 100%  | 70  | 39,8 |
| 95%   | 73  | 41,5 |
| 90%   | 23  | 13,1 |
| < 90%   | 10  | 5,7  |

TABELA 2

TAXAS MÉDIAS DE NÃO ADESAO GLOBAL E DE ACORDO COM TIPO DE ESTUDO,  
FASE II (N=176), 2004-2009.

|                               | Taxa média | IC 95%      |
|-------------------------------|------------|-------------|
| <b>Revisão sistemática</b>    |            |             |
| Taxa média geral (n=176)      | 34,5       | 31,7 – 37,2 |
| Estudos de incidência (n=101) | 35,7       | 32,0 – 39,5 |
| Estudos de prevalência (n=75) | 32,8       | 28,7 – 36,8 |

TABELA 3

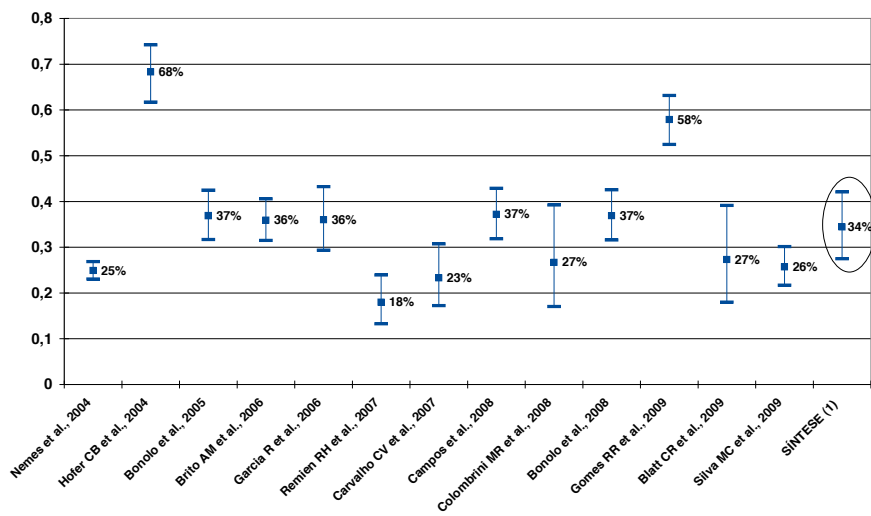
METANÁLISE DE TAXAS DE NÃO ADESAO DE ESTUDOS BRASILEIROS SELECIONADOS E PUBLICADOS  
(N=13), 2004-2009.

| Estudos brasileiros publicados 2004-2009 | Taxa de não adesão | Intervalo de 95% de confiança |              | Z-Value       | p-Value      |
|--|--------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| Silva MC et al., 2009                    | 25,7%              | 21,7%                         | 30,1%        | -9,416        | 0,000        |
| Blatt CR et al., 2009                    | 27,3%              | 18,0%                         | 39,1%        | -3,572        | 0,000        |
| Gomes RR et al., 2009                    | 57,9%              | 52,4%                         | 63,2%        | 2,828         | 0,005        |
| Bonolo et al., 2008                      | 36,9%              | 31,6%                         | 42,6%        | -4,446        | 0,000        |
| Colombrini MR et al., 2008               | 26,7%              | 17,1%                         | 39,2%        | -3,461        | 0,001        |
| Campos et al., 2008                      | 37,2%              | 31,9%                         | 42,9%        | -4,332        | 0,000        |
| Carvalho CV et al., 2007                 | 23,3%              | 17,2%                         | 30,7%        | -6,169        | 0,000        |
| Remien RH et al., 2007                   | 18,0%              | 13,3%                         | 23,9%        | -8,239        | 0,000        |
| Garcia R et al., 2006                    | 36,0%              | 29,4%                         | 43,2%        | -3,726        | 0,000        |
| Bonolo et al., 2005                      | 36,9%              | 31,7%                         | 42,5%        | -4,529        | 0,000        |
| Nemes et al., 2004                       | 24,9%              | 23,0%                         | 26,9%        | -21,199       | 0,000        |
| Hofer CB et al., 2004                    | 68,3%              | 61,7%                         | 74,2%        | 5,188         | 0,000        |
| Brito AM et al., 2006                    | 35,9%              | 31,5%                         | 40,6%        | -5,740        | 0,000        |
| <b>SÍNTESE (1)</b>                       | <b>34,4%</b>       | <b>27,5%</b>                  | <b>42,1%</b> | <b>-3,879</b> | <b>0,000</b> |



FIGURA 3

METANÁLISE DE TAXAS DE NÃO ADESAO DE ESTUDOS SELECIONADOS, BRASIL, 2004-2009.



(1) Metanálise assumindo modelo randômico.





## PROJETO ATAR:

### METODOLOGIA DOS COMPONENTES QUANTITATIVO E QUALITATIVO

Mark Drew Crosland Guimarães, Francisco de Assis Acurcio, Carla Jorge Machado, Maria Imaculada de Fátima Freitas, Palmira de Fátima Bonolo, Maria das Graças Braga Ceccato, Lorenza Nogueira Campos, Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, Gustavo Machado Rocha, Cristiane Aparecida Menezes de Pádua, Juliana Álvares.

## COMPONENTE QUANTITATIVO

### DESENHO

O Projeto ATAR foi um estudo de coorte concorrente que teve como principal objetivo avaliar a taxa de incidência de não adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) e seus fatores associados entre indivíduos iniciando o tratamento e atendidos em dois serviços públicos de referência para HIV no município de Belo Horizonte: o Centro de Treinamento e Referência - CTR/DIP Orestes Diniz e o ambulatório do Hospital Eduardo de Menezes – HEM, entre 2001 e 2003.

Uma visão geral do protocolo do estudo pode ser vista na Figura 4. A investigação previu quatro visitas para cada participante: uma de entrada (basal) e três de seguimento, no 1º, 4º e 7º meses após a entrada. Assim, os participantes foram recrutados ao receberem sua primeira prescrição ARV entre maio de 2001 e maio de 2002 e foram acompanhados por no mínimo 7 meses e no máximo 10 meses. Para uma melhor compreensão e adequação da pesquisa à rotina dos serviços, foram realizados estudos preliminares acerca dos protocolos de dispensação de ARV dos serviços participantes (Figuras 5 e 6), sendo então definido o fluxo de informações do projeto propriamente dito (Figura 7).

Na visita basal (Figura 8) ocorreu o processo de recrutamento, quando os pacientes elegíveis para o estudo eram abordados e convidados a participar, com a realização de um cadastro que verificava os critérios de inclusão e registrava a aceitação ou recusa à participação. Um termo de consentimento livre e esclarecido era então assinado pelos indivíduos selecionados e que aceitavam participar do estudo. Na sequência dessa visita de entrada, eram desenvolvidas as seguintes atividades: a) aplicação do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada)

(WHOQOL-bref) (THE WHOQOL GROUP, 1998) para medir a qualidade de vida e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); b) realização da entrevista basal, quando se coletavam dados socioeconômicos e demográficos e se investigava o conhecimento do indivíduo sobre HIV/aids e terapia ARV, comportamentos de risco, sua compreensão da prescrição e das orientações recebidas quanto à terapia ARV, além de sua história de utilização de serviços de saúde; c) treinamento de preenchimento e entrega do Registro Diário de Medicamentos (RDM); d) agendamento para a 1ª visita de seguimento.

Na 1ª visita de seguimento (Figura 9), o participante era entrevistado quanto a comportamentos de risco, ocorrência de trocas ou ajustes no tratamento ARV e reações adversas, além de dificuldades ou facilidades vivenciadas no tratamento ARV. Também se investigava a adesão à TARV pelo autorrelato e se recolhia o primeiro RDM, distribuído na entrevista basal. Na sequência, procedia-se à entrega do segundo RDM e o agendamento para a 2ª visita de seguimento.

Na 2ª visita de seguimento (Figura 10), os procedimentos eram similares aos da visita anterior, exceto quanto ao RDM, cuja coleta era concluída com a entrega do segundo instrumento. Nessa visita também era realizada uma nova aplicação de instrumento WHOQOL-BREF para medir a qualidade de vida e da escala HAD de ansiedade e depressão. O agendamento para a 3ª visita de seguimento era então realizado. Finalmente, na 3ª visita de seguimento (Figura 11) a entrevista enfocava novamente os comportamentos de risco, a ocorrência de trocas ou ajustes no tratamento ARV, as reações adversas e as dificuldades ou facilidades vivenciadas no tratamento ARV. Nessa etapa, procedia-se a uma última aferição da adesão à TARV pelo autorrelato.

Além dos dados coletados nas entrevistas com os participantes, foi realizada pesquisa nos prontuários médicos e nas fichas de dispensação da farmácia. A investigação dos prontuários visou ao monitoramento dos registros até 12 meses após a prescrição e incluiu: a) a classificação clínica inicial e quando do início dos ARV, b) o registro de contagem de linfócitos T CD4+, c) o registro de quantificação de carga viral, d) outros exames laboratoriais (i. e., marcadores sorológicos, hemograma, leucograma), e) o registro de não adesão em qualquer momento, f) o registro de reações adversas aos ARV em qualquer momento, e g) o registro de trocas de ARV e ajustes de doses. Por meio da Ficha de Dispensação da Farmácia, obteve-se o monitoramento da retirada mensal dos ARV até 12 meses após a primeira prescrição.

## **POPULAÇÃO**

Fizeram parte do estudo pacientes adultos, com 18 anos de idade ou mais, comprovadamente infectados pelo HIV, que preenchiam os critérios brasileiros para o início da terapia antirretroviral naquele momento (BRASIL, 2003b), com autonomia mínima para responder às entrevistas, que nunca haviam usado qualquer antirretroviral,

cua primeira prescrição de ARV tivesse ocorrido nos serviços participantes e que consentiram em participar da pesquisa por escrito.

O projeto foi aprovado em todas as instâncias, incluindo os serviços participantes e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG 106/99). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, sendo as identificações dos instrumentos de pesquisa feitas exclusivamente por meio de um número único, garantindo assim a confidencialidade das informações.

Calculou-se em 385 o número de indivíduos necessários para se estimar uma taxa de incidência de não adesão de 30%, com uma precisão relativa de 10% e um nível de significância de 0,05 (LWANGA; LEMESHOW, 1991). Considerando-se uma perda média de 10% nas entrevistas, o tamanho da amostra final foi estimado entre 385 e 423 indivíduos. Finalmente, levando-se em conta a incidência de não adesão estimada em 30% e um nível de significância de 0,05, verifica-se que esse tamanho de amostra tem pelo menos 80% de poder estatístico para detectar riscos relativos mínimos de 2.

## **PREPARAÇÃO E ESTUDO PILOTO**

As fases de planejamento, elaboração e adequação dos instrumentos quantitativos e do estudo piloto ocorreram entre janeiro e março de 2001. Nessa etapa foi possível testar o protocolo, verificando o melhor momento para convidar os pacientes à participação, após um estudo de como se procedia a dispensação em cada serviço e uma análise de distribuição dos ARV. As atividades a serem desenvolvidas em cada momento da pesquisa (visita inicial, visitas de seguimento, preenchimento dos registros diários, pesquisa de dados dos prontuários) foram detalhadas e explicitadas em fluxogramas. O estudo piloto indicou ajustes a serem feitos nos questionários, no fluxo de informações e na adaptação dos procedimentos de recrutamento, dentre outros.

Em abril de 2001, ocorreu o processo de capacitação com treinamento e posterior reciclagem dos entrevistadores (bolsistas e estagiários de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia). Estes foram acompanhados por dois supervisores de campo, distribuídos pelos dois serviços estudados. A coordenação de campo foi acompanhada pela assistente de coordenação no processo de monitoramento do estudo. O acompanhamento foi contínuo, com discussões e ajustes quando necessários. O treinamento sistemático dos entrevistadores e codificadores e a realização do projeto piloto foram de fundamental importância para a obtenção de uma boa confiabilidade.

## COLETA DE DADOS

As características sociodemográficas, comportamentais e relacionadas aos serviços de saúde foram obtidas por meio de entrevista. Os instrumentos de coleta estão disponíveis nos Anexos de A a J e na página <<http://www.medicina.ufmg.br/cpq/gpeas.php>>. Para as características clínicas, os dados foram obtidos de prontuários médicos. As variáveis de exposição foram agrupadas em: 1) Características sociodemográficas (p. ex., sexo, idade, cor da pele, estado civil, local de residência, escolaridade, ocupação, renda familiar no último mês, ter plano privado de saúde, atividade religiosa, fonte de infecção pelo HIV); 2) Características comportamentais (p. ex., comunicação de sua infecção pelo HIV para alguém, viver com alguém que também foi testado para o HIV, uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas, uso de preservativo); 3) Características relacionadas ao uso dos serviços (p. ex., local da pesquisa, dificuldade em procurar serviços de referência para o HIV, número de consultas médicas, número de consultas com infectologista, número de encaminhamentos para especialista, intervalos entre consultas, uso de mais de um serviço de saúde para o cuidado referente à infecção pelo HIV, número de internações hospitalares, suporte psicológico, recebimento e compreensão de orientações sobre os ARV, dificuldade/facilidade com o tratamento); 4) Características clínicas (p. ex., esquema ARV, uso de outra medicação concomitante ao tratamento ARV, número total de comprimidos por dia, troca de ARV no período, classificação clínica inicial de acordo com a definição do *Centers for Disease Control* (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992), contagem de linfócitos T CD4+, reações adversas, tempo entre o resultado do teste de HIV ou primeira consulta médica e a prescrição de ARV).

O uso de ARV e a ocorrência de reações adversas foram avaliados durante as entrevistas de seguimento. As orientações médicas e farmacêuticas relacionadas aos ARV incluíam os seguintes itens: nomes, quantidades, horários, dieta, utilização de bebida alcoólica, reações adversas, o que fazer em caso de não tomar os ARV e quando retornar para a dispensação dos ARV. Se os pacientes foram informados de pelo menos seis dos itens descritos acima, a orientação era considerada recebida e/ou compreendida.

## MEDIDAS

A seguir, descreve-se um conjunto de medidas utilizadas nas análises específicas desenvolvidas pelo Projeto ATAR. Um maior detalhamento metodológico dos procedimentos para a realização dessas medidas, quando pertinente, será realizado nos capítulos correspondentes.

## **INÍCIO TARDIO DA TERAPIA ARV**

O início tardio da TARV foi definido como ter contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm<sup>3</sup> ou apresentar alguma manifestação clínica associada ao HIV indicativa de imunodeficiência grave, i. e., categoria clínica C (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992) no momento da primeira prescrição de antirretrovirais, registradas em prontuário médico. Para a contagem de linfócitos T CD4+ foi considerada aquela anterior e mais próxima à data da primeira prescrição de antirretrovirais. Entretanto, para os pacientes que não possuíam registro de contagem de linfócitos T CD4+ anterior à primeira prescrição ARV, foi considerada aquela realizada até 30 dias após a primeira prescrição (n=29). A classificação clínica para a aids adotada neste trabalho seguiu a definição do *Centers for Disease Control and Prevention* (1992).

## **COMPREENSÃO DA PRESCRIÇÃO ARV**

Inicialmente, a receita médica foi transcrita em forma de respostas às perguntas realizadas durante as entrevistas. A interpretação da concordância entre as respostas do paciente e a informação na prescrição foi feita por dois revisores e considerada mediante respostas dicotômicas (certo/errado). Para avaliar a resposta do paciente como correta exigiu-se a concordância entre os dois revisores e, em caso de discordância, um terceiro revisor foi consultado.

O nível de compreensão da prescrição dos ARV foi avaliado com base nos itens: nome e dose do medicamento, frequência de administração, reações adversas, indicação, duração do tratamento, precauções de uso ou situações que requerem uma especial vigilância durante o uso do medicamento e recomendações quanto à alimentação. Para as informações relativas a reações adversas, precauções e recomendações relacionadas com a ingestão dos alimentos, admitiu-se a possibilidade de orientação verbal. Nesse caso, quando a informação não constava na prescrição, a resposta do paciente foi comparada com as informações que constavam no consenso brasileiro para a terapia antirretroviral entre adultos e adolescentes (BRASIL, 2003b). Para o item indicação, avaliou-se o conhecimento do paciente sobre o mecanismo do modo de ação dos antirretrovirais.

## **NÍVEL DE COMPREENSÃO: PADRONIZAÇÃO DA ATRIBUIÇÃO DOS ESCORES**

Em um primeiro momento, o nível de compreensão da prescrição de antirretrovirais foi calculado adotando-se os procedimentos a seguir. Após a análise de concordância entre as respostas do paciente e as informações constantes na prescrição e/ou Consenso, o nível de compreensão da prescrição de cada medicamento foi medido por meio de um



escore, atribuindo-se diferentes pontos para cada item, de acordo com sua importância para o uso seguro dos medicamentos, em que houve respostas do paciente avaliadas como corretas. O uso seguro de medicamentos foi aqui entendido como aquele que não cause danos à saúde e ao bem-estar do paciente. O nível global de compreensão da prescrição pelo paciente foi, então, calculado pela média dos escores obtidos para cada um dos antirretrovirais prescritos. Esse procedimento baseou-se na proposição de Silva, Schenkel e Sotero (2000) modificada, atribuindo-se a seguinte pontuação para cada item: a) nome do medicamento, dose e frequência = 2 pontos; b) reações adversas, indicação e duração do tratamento = 1 ponto; e c) precauções e alimentação = 0,5 ponto. Obteve-se, assim, um máximo de 10 pontos. O nível de compreensão da prescrição de antirretrovirais foi classificado como suficiente quando o escore foi igual ou superior a 7 pontos (i. e., 70%) e estabelece condições de uso do medicamento de forma segura; e insuficiente quando o escore foi menor que 7 pontos. As modificações na proposição original de Silva, Schenkel e Sotero (2000) consistiram na inclusão do item alimentação para a atribuição de pontos, além da elevação do ponto de corte para a classificação do nível insuficiente de compreensão, de 6,0 para 7,0 pontos. Optou-se assim, neste trabalho, por uma definição um pouco mais rigorosa quanto às condições de uso do medicamento de forma segura.

Dessa forma, avaliou-se a compreensão da informação relativa ao tratamento com ARV, adotando uma escala na qual foi atribuída uma pontuação padronizada para cada item. Posteriormente a essa análise, foi desenvolvida nova metodologia para a medida dessa compreensão no sentido de aperfeiçoar aquela utilizada anteriormente, conforme descrito a seguir.

Para se obter um novo escore do nível de compreensão da prescrição dos ARV foram avaliados os seis itens: nome e dose do medicamento, frequência de administração, reações adversas, precauções de uso ou situações que requerem uma especial vigilância durante o uso do medicamento e recomendações quanto à alimentação. A pontuação da compreensão dos medicamentos prescritos foi estimada mediante um modelo de traço latente pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) (CECCATO et al., 2008), baseado na concordância entre a resposta do paciente e a informação contida na prescrição.

## **ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA**

O grau de ansiedade e depressão e o nível de qualidade de vida foram avaliados utilizando-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD (BOTEGA et al., 1995; BOTEGA et al., 1998) e a versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000), respectivamente. Ambos os instrumentos foram adaptados e validados para o Brasil. Ansiedade, depressão e nível de qualidade de vida foram avaliados em dois momentos durante

a pesquisa: na entrevista basal e no 2º retorno, 4 meses após a entrevista inicial. As escalas foram aplicadas por entrevistadores treinados e o paciente foi instruído para responder às questões da HAD pensando na última semana e às questões do WHOQOL-bref referindo-se às duas últimas semanas. Após a aplicação das escalas, a entrevista prosseguia com a aplicação do questionário semiestruturado e padronizado.

## **ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

A escala foi particularmente desenvolvida para a avaliação de ansiedade e depressão no cenário da doença física e não inclui itens contendo sintomas vegetativos (p. ex., fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido), os quais poderiam superestimar a frequência de ansiedade e depressão devido a patologias de origem orgânica. O conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia, sintoma central do transtorno depressivo, causado por um distúrbio de mecanismos neurotransmissores e com boa resposta ao tratamento farmacológico. A escala pode ser facilmente aplicada em um tempo médio de cinco minutos e refere-se a como o paciente se sentiu durante a última semana.

A HAD possui 14 itens que se encontram separados em duas subescalas, uma para ansiedade (*HAD-A*) e outra para depressão (*HAD-D*), com sete itens cada, sendo que a resposta para cada item varia de 0 a 3. A distinção entre ansiedade e depressão é muito útil na prática clínica, uma vez que pode orientar melhor o tratamento farmacológico dos sintomas. A soma de todos os itens fornece o *escore agregado* para cada subescala, com variação de 0 a 21, e, quanto maior o escore, pior o grau de ansiedade/depressão. Para cada subescala, conforme critério citado por Zigmond & Snaith (1983), um escore acima de 15 indica ansiedade/depressão severa; de 11 a 14, moderada; de 8 a 10, leve ou “subclínica”; e menor que 8, ausência de ansiedade/depressão. Para cada construto, uma pontuação menor que 8 foi considerada ‘normal’; de 8 a 10, ‘depressão/ansiedade subclínica ou leve’; de 11 a 15, ‘depressão/ansiedade moderada’; e de 16 a 21, ‘depressão/ansiedade severa’.

## **QUALIDADE DE VIDA**

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida; as demais, 24, representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100) (THE WHOQOL GROUP, 1998). A estrutura do instrumento é baseada em 4 domínios: físico (Dor física e desconforto, Dependência de medicação/tratamento, Energia e fadiga, Mobilidade, Sono e repouso, Atividades da vida cotidiana, Capacidade para o trabalho), psicológico (Sentimentos positivos, Espiritualidade/crenças pessoais, Pensar/aprender/memória/concentração, Aceitar

imagem corporal e aparência, Autoestima, Sentimentos negativos), relações sociais (Relações pessoais, Atividade sexual, Suporte/Apoio social) e meio ambiente (Segurança física, Ambiente físico, Recursos financeiros, Novas informações/habilidades, Recreação e lazer, Ambiente no lar, Cuidados de saúde, Transporte).

Para avaliar aspectos específicos da qualidade de vida do paciente, calculou-se a média dos escores obtidos em cada um dos 4 domínios da escala. Quanto maior essa média, melhor a qualidade de vida com relação a esse aspecto.

## **DIFICULDADES COM O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

As dificuldades com o uso da TARV foram avaliadas em cada uma das visitas de seguimento. Pacientes eram questionados a classificar o grau de dificuldade de seu tratamento, a cada visita, como muito alto, alto, médio, baixo ou muito baixo, além de justificar sua escolha. Reações adversas foram definidas como qualquer efeito ou sintoma indesejável relatado pelo paciente durante o período de estudo e atribuído à TARV. O questionário de acompanhamento (Anexo E) incluiu uma lista de sinais e sintomas gastrointestinais (p. ex., diarreia, náusea), dermatológicos (p. ex., *rash*), neurológicos (p. ex., insônia, alucinação) e outros relatados livremente. A ocorrência de reações adversas foi monitorada nas visitas de acompanhamento e na revisão de prontuários médicos durante os 12 meses seguintes à primeira prescrição de ARV.

## **REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO ARV**

A ocorrência de reações adversas após o início do tratamento foi avaliada de duas maneiras, de acordo com sua fonte de informação: 1) Autorrelato: qualquer efeito ou sintoma indesejável, relatado pelo paciente na primeira entrevista de seguimento, associado ao uso de ARV no primeiro mês de tratamento (i. e., entre a entrevista basal e a primeira entrevista de seguimento); 2) Registro médico: qualquer efeito ou sintoma indesejável, registrado em prontuário, como resultante do uso de ARV durante os primeiros doze meses de tratamento.

Para o autorrelato, o questionário estruturado aplicado durante as entrevistas de seguimento foi utilizado para coletar informações sobre efeitos gastrintestinais, dermatológicos e do sistema nervoso central, além de outras reações, de acordo com a percepção do paciente. Nesta análise, a ocorrência de reações adversas foi definida como o número de pacientes que relataram pelo menos um tipo de reação adversa aos ARV entre a entrevista basal e primeira entrevista de seguimento, dividido pelo número de pacientes que retornaram para esta última entrevista. Esta definição segue a lógica de ‘caso prevalente’. Comparativamente, na análise das informações obtidas pelo registro médico, a primeira reação adversa registrada no período foi considerada como evento

para análise e o não registro de reações foi considerado como ausência do evento. Assim, com base no registro médico foi estimado o coeficiente médio de incidência de reações adversas durante o período de estudo, calculado por 100 pessoas-dia. O numerador foi definido como o número de indivíduos que tiveram o registro de pelo menos uma reação adversa, enquanto o denominador foi definido como a somatória dos tempos contribuídos por cada indivíduo. O tempo correspondeu ao intervalo entre a data da primeira prescrição de ARV e a data do registro da primeira reação adversa. Para os pacientes com registro de reações adversas, foi considerado o intervalo entre a data da primeira prescrição de ARV e a data da última consulta no serviço ou a data do óbito. Uma lista padronizada foi usada para codificar as reações adversas.

## **MEDIDAS DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO ARV**

Medidas de adesão foram obtidas por meio de autorrelato em entrevista padronizada, registro diário de utilização de medicamentos e registros de dispensação farmacêutica. Foram também considerados em análise separada quaisquer registros de não adesão nos prontuários médicos até doze meses de acompanhamento. Informações como: paciente não aderente, não ingestão de uma dose ou não seguimento do esquema terapêutico durante um ou dois dias, dentre outras, foram anotadas e transcritas.

## **REGISTRO DIÁRIO DE MEDICAMENTO (RDM)**

A adesão foi aferida no 1º e 4º mês de acompanhamento. Foram considerados não aderentes aqueles pacientes que não cumpriram pelo menos 90% de sua prescrição de antirretrovirais, levando-se em consideração a dose e o intervalo entre as ingestões de medicamentos, em um período de uma semana. ORDM é um formulário desenhado para obter informações sobre o uso dos ARV (Anexo F). Nele é registrada, detalhadamente, a forma como o paciente utilizou os medicamentos durante uma semana: o horário da tomada, o número de comprimidos e a alimentação concomitante. Foi elaborado para atender principalmente àqueles pacientes de baixa escolaridade, ou que não soubessem ler e escrever. Para facilitar o preenchimento, foram utilizados símbolos para o horário (relógio de ponteiros) e alimentação (sanduíche). O paciente recebeu adesivos com fotografias coloridas dos medicamentos por ele utilizados, visando orientar melhor os registros das tomadas.

Procedeu-se também a uma avaliação do instrumento, baseada nos seguintes critérios: a capacidade do RDM de ser compreendido pelo paciente; a aceitação do RDM por parte dos usuários (análise de resposta) e a qualidade do preenchimento do RDM (análise de adequação).

## **AUTORRELATO**

A adesão foi aferida no 1º, 4º e 7º mês de acompanhamento e levou em conta o número de doses prescritas de cada ARV nos últimos três dias anteriores a cada entrevista. Para aqueles pacientes que tiveram mudanças em seu esquema terapêutico, foram avaliados os ARV em uso no momento da entrevista. Foram considerados não aderentes aqueles pacientes que não cumpriram pelo menos 95% de sua prescrição de antirretrovirais.

## **REGISTROS DE DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA**

Foram analisadas todas as dispensações dos ARV registradas mensalmente nas farmácias dos serviços até o 12º mês de seguimento. Para cada dispensação foram obtidas informações sobre as datas da primeira e subsequentes dispensações, esquemas de ARV dispensados, número de comprimidos, dose de cada medicamento e ocorrência de trocas. Considerou-se como troca de esquema a inclusão, exclusão ou ajuste de dose de pelo menos um ARV do esquema terapêutico. O tempo entre as dispensações de ARV foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas das mesmas, até o 12º mês após a prescrição. A análise do conjunto dos períodos transcorridos entre as dispensações foi necessária, com vistas a estabelecer o ponto de corte para a decisão de quantos dias uma dispensação seria considerada irregular. Assim, houve 3.206 intervalos de tempo transcorridos para 323 pacientes. A distribuição dos tempos apresentou-se aproximadamente normal, unimodal, com assimetria à direita e com valores no intervalo de 1 a 343 dias. A moda, a mediana e a média encontradas foram, respectivamente, 28, 30 e 34 dias, apresentando um desvio padrão de 20,4 dias. Assim, com base na distribuição dos tempos entre as dispensações e no tempo mínimo esperado de 30 dias entre estas, considerou-se como irregular qualquer diferença superior a 34 dias. As dispensações dos ARV foram avaliadas pelo tempo e pelo número de comprimidos dispensados para o consumo mensal. O número de comprimidos dispensados de cada ARV foi ajustado de acordo com a dose e esquemas prescritos e verificado para o consumo mensal. Em casos excepcionais, quando o serviço autorizava dispensações antecipadas de maiores quantidades de ARV, tanto o tempo quanto a contagem de comprimidos foram ajustados para o período mensal. Dessa forma, as dispensações de ARV foram expressas pela prevalência no período de 12 meses, independentemente do momento de ocorrência das mesmas, e categorizadas em três grupos: a) regular: quando não houve qualquer irregularidade nem no tempo nem na quantidade dispensada até o 12º mês de seguimento; b) irregular: quando o tempo entre as dispensações foi maior do que 34 dias ou quando o número de comprimidos dispensados foi menor do que 95% do total de comprimidos esperado para cada esquema de ARV prescrito, até o 12º

mês de seguimento, sendo que para cada paciente foi computado o número de vezes em que o critério de retirada irregular foi preenchido, independente de quando este ocorreu; c) abandono: quando o paciente ficou mais de 60 dias sem retirar os ARV e não mais retornou até o 12º mês de seguimento.

## EFETIVIDADE DO TRATAMENTO ARV

Para a análise de custo-efetividade da adesão à TARV, definiu-se a efetividade como a probabilidade de se ter uma resposta satisfatória ao tratamento, entendida como a ocorrência simultânea, no período de seguimento de 12 meses, de três condições: a) evolução imunológica favorável, considerando-se o número de linfócitos T CD4+, classificados segundo as seguintes categorias: 1)  $>500$  céls./mm<sup>3</sup>, 2) entre 200-500 céls./mm<sup>3</sup> e 3)  $<200$  céls./mm<sup>3</sup>. Os valores do exame mais próximo ao início do tratamento foram comparados com o último exame registrado no prontuário, no período de seguimento. A permanência nas categorias 1 e 2 ou a migração para uma categoria quantitativamente superior foram consideradas como evolução imunológica favorável. Não se avaliou a carga viral porque esse exame não foi realizado pela maioria dos participantes; b) ausência de hospitalização; c) não existência de qualquer novo diagnóstico de evidência de imunodeficiência grave (aids).

## ANÁLISE DOS DADOS

Todos os instrumentos, incluindo anexos de controle e questionários, ficaram sob a guarda do GPEAS/UFMG. As informações coletadas foram verificadas, digitadas em banco de dados (*Paradox Windows*) e processadas para análise. Foram criados filtros de validação visando aprimorar a qualidade dos dados. Avaliou-se a confiabilidade das respostas obtidas por meio de entrevista aplicada na visita basal. A entrevista foi reaplicada a dez participantes (2,4%) por outro entrevistador no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial; as respostas selecionadas foram comparadas por meio do cálculo da concordância observada e do índice Kappa. Essa análise foi complementada com a avaliação de dados de fonte secundária (prontuários médicos) e daqueles constantes na primeira parte de 25 entrevistas qualitativas, quando perguntas selecionadas foram repetidas. A análise estatística foi realizada levando em consideração os procedimentos de protocolo e as características gerais selecionadas da população em estudo. Procedeu-se a uma análise descritiva das principais características investigadas na entrevista de entrada. Dados categóricos foram analisados por meio da distribuição do Qui-quadrado e variáveis contínuas por meio do teste t de *Student*. Foram desenvolvidas análises estatísticas específicas considerando o delineamento (p. ex., análise de corte transversal, coorte concorrente) e a medida de evento abordada,

destacando-se regressão logística, regressão proporcional de Cox, modelo de traço latente (Teoria da resposta ao item), *Grade of Membership (GoM)*, análise hierárquica (HLM), dentre outras. Os dados foram analisados utilizando-se os *softwares* SAS®, SPSS® e Epiinfo®, BILOG-MG® 3.0, MLWin 2.0®.

FIGURA 4

ESQUEMA DO ESTUDO, PROJETO ATAR.

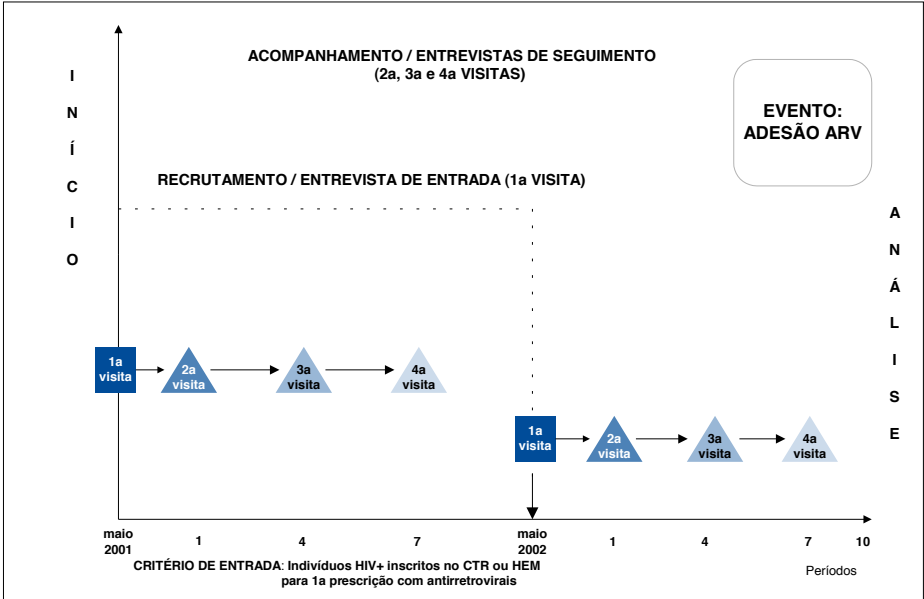


FIGURA 5

PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS, CTR / DIP.

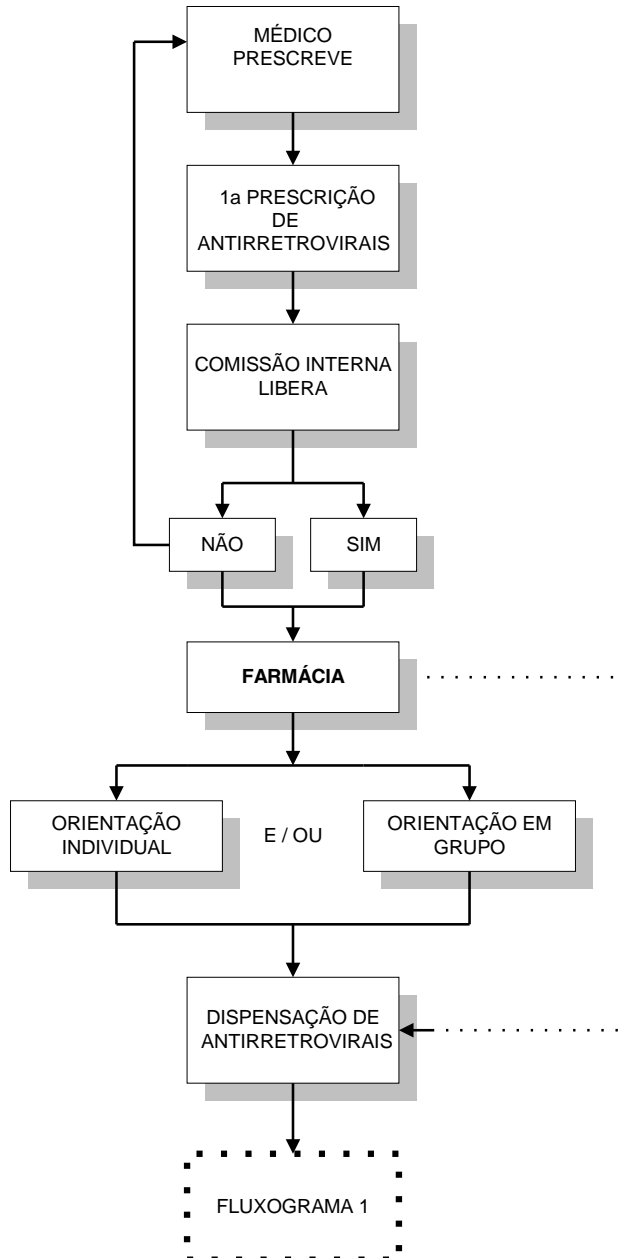




FIGURA 6

PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAL,  
HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES.

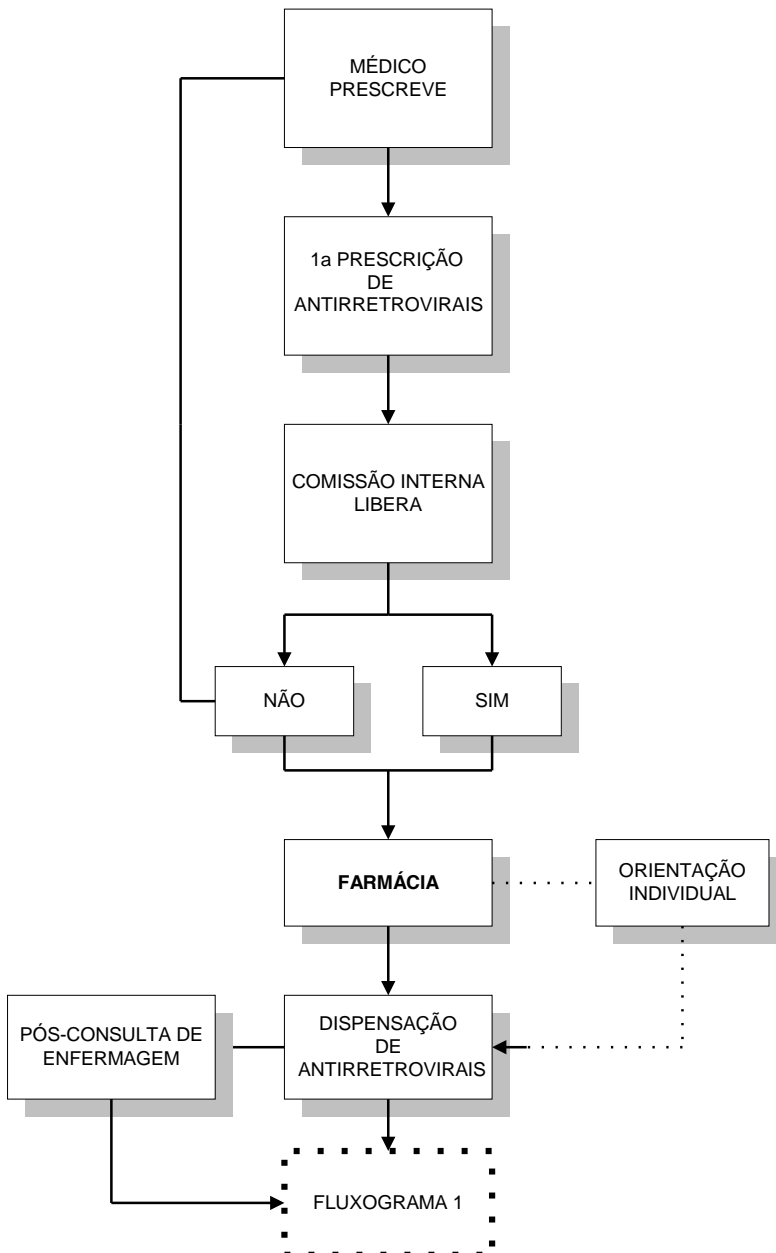


FIGURA 7

PROJETO ATAR - FLUXOGRAMA DE INFORMAÇÃO.

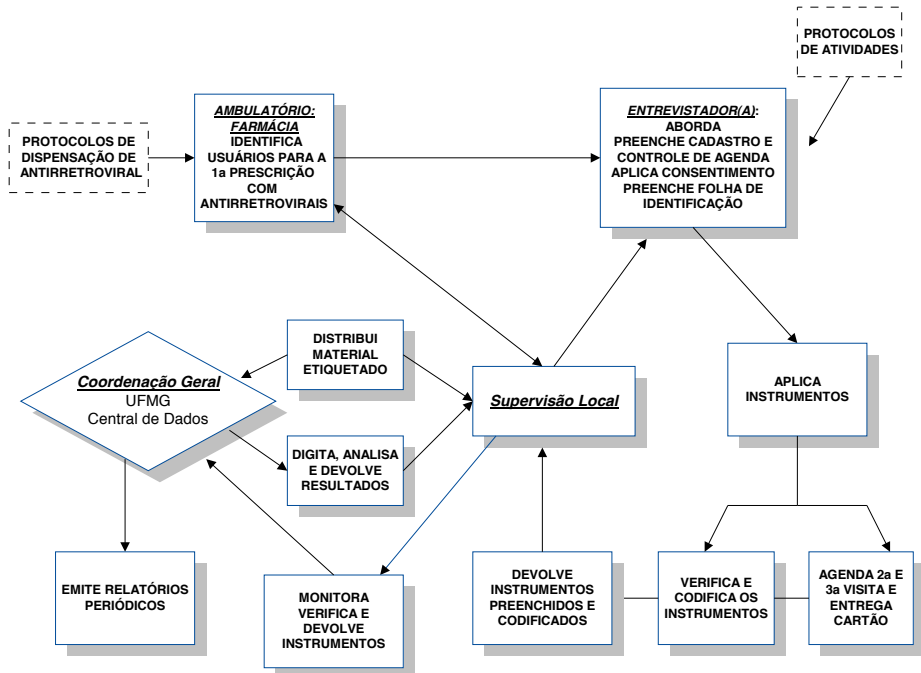
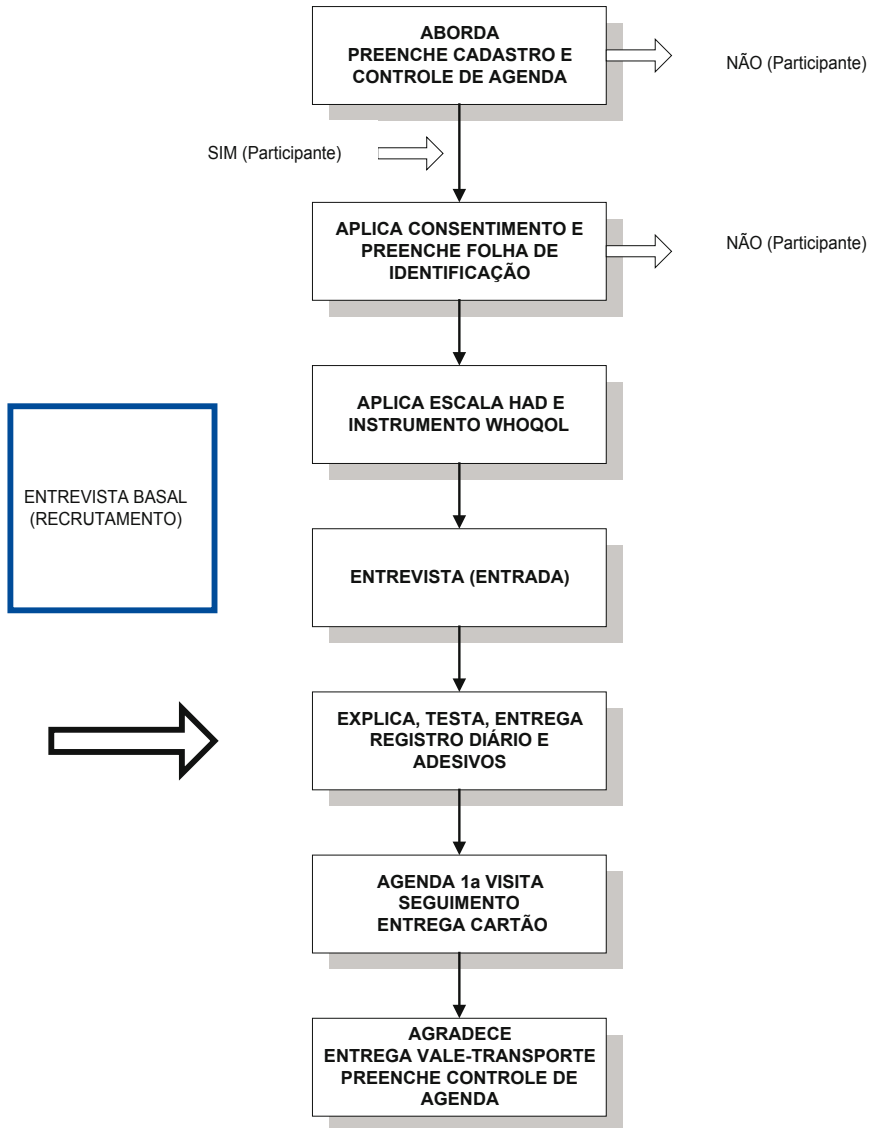


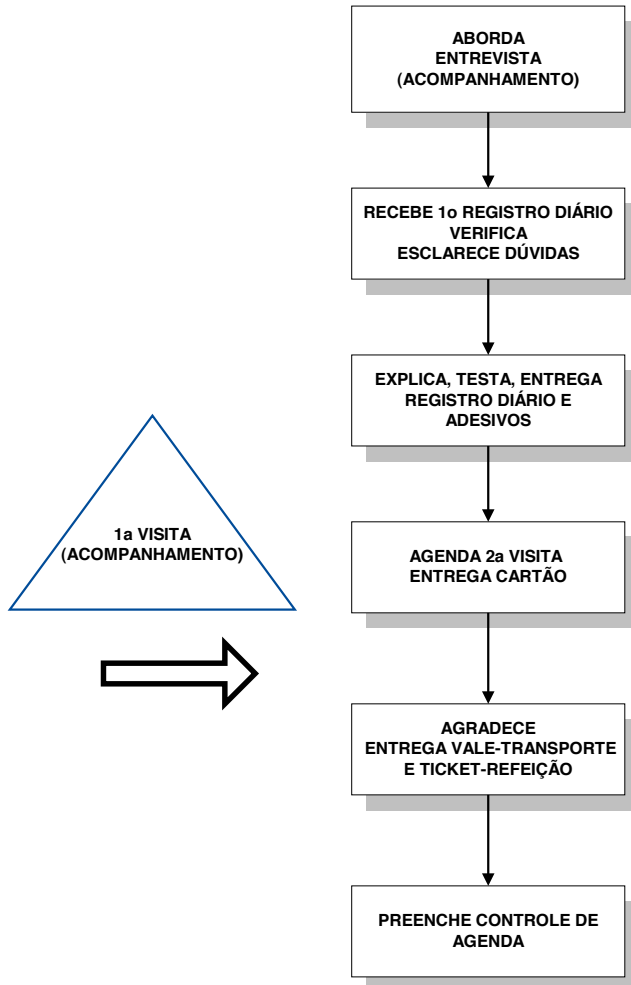
FIGURA 8

PROJETO ATAR: PROTOCOLO DE ATIVIDADES DA ENTREVISTA BASAL.



**FIGURA 9**

**PROJETO ATAR: PROTOCOLO DE ATIVIDADES DA PRIMEIRA VISITA DE SEGUIMENTO.**



**FIGURA 10**

**PROJETO ATAR: PROTOCOLO DE ATIVIDADES SEGUNDA VISITA DE SEGUIMENTO.**

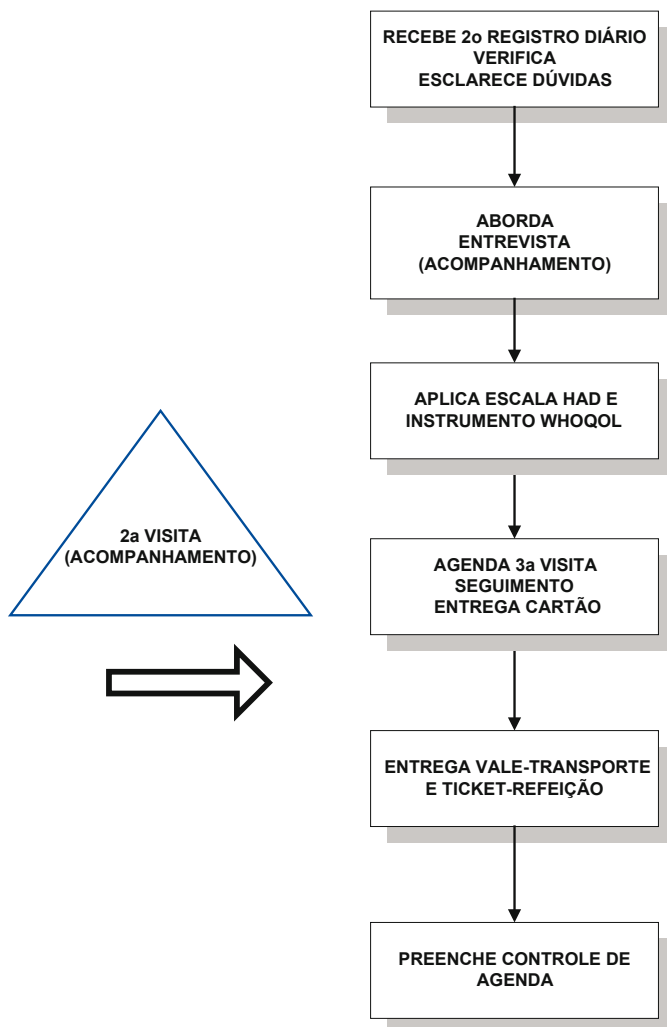
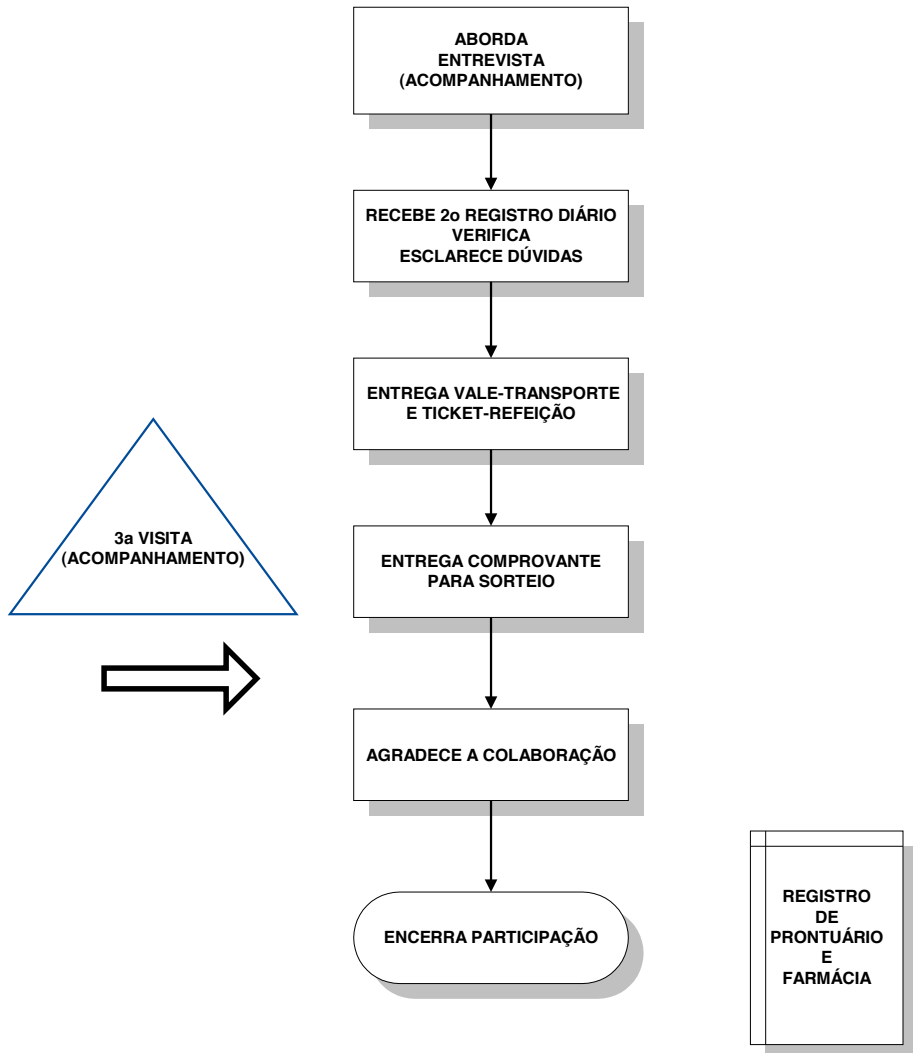


FIGURA 11

PROJETO ATAR: PROTOCOLO DE ATIVIDADES TERCEIRA VISITA DE SEGUIMENTO.



## COMPONENTE QUALITATIVO

O Projeto ATAR incluiu um componente qualitativo baseado em duas abordagens: entrevistas em profundidade com indivíduos infectados pelo HIV e grupos focais. Os grupos focais foram realizados com profissionais de saúde que atuam nos serviços estudados (um grupo focal em cada serviço) e com representantes das ONG que apoiam indivíduos infectados pelo HIV. Para a análise dos dados qualitativos, foram considerados os problemas vivenciados pelo portador do HIV no processo de adesão ao seu tratamento.

### GRUPOS FOCAIS

Foram realizados três grupos focais, com a participação de profissionais de saúde que atuam em serviços de referência e de representantes de Organizações Não Governamentais que apoiam indivíduos infectados pelo HIV. Em cada um dos grupos, procurou-se investigar qual o conceito de adesão adotado pelos participantes, quais os aspectos favoráveis (o que facilita) e os aspectos desfavoráveis (o que dificulta) na adesão ao tratamento antirretroviral e quais as ações a serem desenvolvidas para melhorar essa adesão, segundo a opinião dos participantes. O roteiro dos grupos focais encontra-se no Anexo J.

### REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

De acordo com Patton (1987), a estratégia metodológica denominada “grupo focal” começou a ser utilizada nos anos 50, por pesquisadores de mercado que buscavam obter informações mais exatas sobre as preferências dos consumidores de produtos, reconhecendo que muitas decisões dos consumidores são produzidas em um contexto social, frequentemente emergindo de discussões com outras pessoas.

Para o mesmo autor, o grupo focal é, de fato, uma entrevista e não um grupo de discussão ou de decisão. A entrevista, realizada geralmente com seis a oito participantes, enfoca um tópico específico e pode durar até duas horas. Os participantes são um grupo homogêneo de pessoas convidadas a refletir sobre questões feitas pelo entrevistador. Cada um responde às questões, ouve a resposta dos demais e emite comentários adicionais que julgue pertinentes ao processo grupal. Não é necessário buscar o consenso entre os participantes. O propósito é obter dados de qualidade em um contexto social no qual as pessoas podem considerar sua opinião em relação às opiniões dos outros participantes. Os grupos focais podem ser utilizados em qualquer momento do processo de avaliação. Podem ser conduzidos como parte de um processo de avaliação de necessidades tanto com grupos potenciais de clientes quanto com

profissionais que conhecem as necessidades desses clientes. Durante o desenvolvimento de um programa, grupos focais podem identificar seus pontos fortes e fracos, além da necessidade de aperfeiçoamentos. Ao final de um programa ou mesmo meses após seu término, grupos focais podem colher percepções relativas a resultados e impactos. Se cuidadosamente conduzidos, os grupos focais podem proporcionar um novo e rico caminho para obter informações avaliativas de caráter qualitativo (PATTON, 1987).

## **ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS**

A análise qualitativa baseou-se nos depoimentos dos entrevistados, obtidos nos grupos focais, adotando-se a metodologia proposta por Lefrève e Lefrève (2005), para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo esses autores, a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como maneira de conhecer ou reduzir a variabilidade discursiva empírica, implica um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória, dado que se procura resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos. Para organizar os depoimentos obtidos nas entrevistas, analisou-se cada um deles, extraíndo-se as ideias centrais. Na sequência, procedeu-se à identificação das ideias centrais iguais ou equivalentes, atribuindo-se expressões-chave a cada uma delas. Finalmente, organizaram-se essas expressões de forma encadeada, de modo a possibilitar a formação de discursos que representassem o conjunto dos depoimentos para cada pergunta do questionário.

## **ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE**

O roteiro das entrevistas em profundidade foi elaborado pelo grupo do Projeto ATAR (Adesão ao Tratamento Antirretroviral) e encontra-se no Anexo J. A entrevista abrange uma primeira parte com perguntas estruturadas sobre condições sociodemográficas, percepção e vulnerabilidade em relação ao HIV e aids. A segunda parte contém o roteiro da entrevista em profundidade. Ela envolve o diagnóstico e tratamento pelo portador do HIV, com questões sobre adesão ao tratamento, mudanças de hábito de vida, rotina de trabalho, apoios e dificuldades, mudanças nas relações afetivas e vida sexual.

Essa análise qualitativa tem como objetivo central compreender os fatores associados à não adesão ao tratamento, na perspectiva dos portadores do HIV/aids. Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos com evidência laboratorial de infecção pelo HIV e/ou diagnóstico de aids, de ambos os sexos e idades variadas, que fizeram parte do recrutamento para o componente quantitativo (n=406). Foram realizadas entrevistas abertas, gravadas, com questões não diretivas que abordam as experiências do sujeito e suas concepções sobre saúde e doença, vida afetiva e sexual, relações sociais e tratamento.



## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O eixo qualitativo foi fundamentado nas teorias sobre as representações sociais (MOSCOVICI, 2003; ABRIC, 2000; GIAMI; VEIL, 1997) para compreender o que pensam e como agem homens infectados pelo HIV/aids sobre a doença e seu tratamento. Para a análise, as representações foram abordadas como proposto por Giami e Veil (1997) que as separam em 'originais' ou 'profundas' e em 'periféricas'. As primeiras são consideradas, pelos autores citados, como um núcleo central, profundo, em uma concepção situada entre uma abordagem cognitiva e psicanalítica.

Pela abordagem cognitiva (FLAMENT, 1989 apud GIAMI; VEIL, 1997), ao haver contradições entre a realidade e a representação, os elementos periféricos que sustentam o núcleo central se modificam, o que leva lentamente à desintegração do núcleo central.

Pela abordagem psicanalítica (KAËS, 1976 apud GIAMI; VEIL, 1997), o núcleo central é o que dá origem a imagem da representação, exprime a fantasia e suscita resistência, dado que mobiliza forças do "recalcamento", não apenas do que foi recalcado por ser desagradável, proibido ou desorganizante, mas também pelo ataque do processo primário, pela manifestação do desejo, do qual é testemunha a insistência do imaginário.

Na concepção de Giami e Veil (1997), esse meio termo entre as abordagens cognitiva e psicanalítica coloca o núcleo profundo, central, em uma posição dinâmica em relação às representações periféricas (que são dependentes da experiência da realidade do indivíduo), mas é também um objeto social observável devido ao seu conteúdo, que é constituído por elementos temáticos que se "colam" mais, melhor e há mais tempo na estrutura pulsional e fantasiosa dos indivíduos, como uma "colagem" menos sujeita às modificações de superfície. A aids se constitui nesse objeto social que preenche as condições da "colagem" pelas suas características psíquicas. As representações funcionariam, assim, como soluções de ajustamento para gerenciar conflitos, deslocamentos e contradições nas interações sociais, sendo, portanto, sempre sociais. Esse referencial teórico e metodológico permite conhecer significados e experiências de pessoas vivendo com HIV, identificando aspectos subjetivos e objetivos presentes na construção histórica do HIV/aids.

Entende-se que é no contexto histórico e social de evolução da doença que as pessoas vêm construindo representações sobre o vírus e seus modos de transmissão, riscos e prevenção, e sobre a aids. Portanto, buscar essas representações em um grupo que experimenta socialmente a situação de estar infectado pelo HIV/aids permite desvelar o universo simbólico contido nos seus modos de viver e na formação da consciência cultural coletiva.

## ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Os dados qualitativos foram colhidos por meio de entrevistas abertas e em profundidade. Estas foram analisadas segundo a base teórica da Análise Estrutural de Narração (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997) e as técnicas propostas por Blanchet & Gotman (1992).

A análise foi organizada em quatro etapas, sendo as duas primeiras realizadas para cada entrevista separadamente, a terceira para o conjunto das entrevistas e a última para a interpretação de dados, com triangulação de resultados encontrados em estudos realizados por outros pesquisadores sobre o mesmo assunto, fazendo emergir as representações sociais ligadas aos objetos das falas dos entrevistados:

- a) Leitura vertical: buscou-se o sentido global por meio da identificação de temas;
- b) Leitura horizontal: 1) as sequências (S) de cada entrevista foram numeradas, identificando-se fatos narrados (F), justificativas e sentimentos apresentados sobre os fatos (J) e personagens envolvidos na trama (P); 2) as sequências que tratam do mesmo tema foram agrupadas, com nomeação do tema central pelo pesquisador;
- c) Leitura transversal: as entrevistas foram comparadas, agrupando-se e renomeando-se as categorias por significados encontrados, conjunções e disjunções do *corpus*, para, em seguida, proceder ao fechamento da análise dessas categorias empíricas, com explicitação das representações originais e profundas e os elementos periféricos;
- d) Interpretação das categorias empíricas e construção das teóricas, com a realização da análise teórica de desvelamento da rede de representações, cotejando-se os achados com aqueles encontrados por outros autores.



## PROJETO ATAR: ANÁLISE DESCRITIVA

Palmira de Fátima Bonolo, Maria das Graças Braga Ceccato, Lorenza Nogueira Campos, Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, Gustavo Machado Rocha, Cristiane Aparecida Menezes de Pádua, Juliana Álvares, Carla Jorge Machado, Francisco de Assis Acurcio, Mark Drew Crosland Guimarães

### ANÁLISE DESCRITIVA

Neste capítulo objetiva-se indicar como foi o processo de recrutamento e seguimento do Projeto ATAR. Em seguida, faz-se uma análise descritiva das principais características dos sujeitos da pesquisa.

#### RECRUTAMENTO E SEGUIMENTO

O estudo teve início em maio de 2001, com encerramento do recrutamento em maio de 2002. O seguimento prosseguiu até março de 2003. Do total de pacientes abordados ( $n=503$ ), 6,0% ( $n=30$ ) não preencheram os critérios de elegibilidade e não foram convidados a participar do estudo. Dentre os elegíveis ( $n=473$ ), 86,0% ( $n=406$ ) aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento, sendo este o número de participantes com entrevista inicial (basal) completa (Tabela 4, Figura 12).

Os principais motivos de exclusão de pacientes da pesquisa foram: uso anterior de ARV (54%), pacientes ausentes representados por pessoa não responsável pelo seu tratamento (42%) e pacientes sem autonomia mínima necessária para administrar o esquema terapêutico (29%). Os principais motivos alegados pelos não participantes foram: falta de tempo (43%), instabilidade emocional (16%) e presença de sintomas (9%). A falta de tempo foi parcialmente resolvida com novos agendamentos.

Dentre os 406 sujeitos participantes, 362 (89,0%) retornaram para pelo menos uma das visitas de seguimento, 314 (77,3%) tiveram pelo menos duas visitas, enquanto 218 (53,7%) tiveram as três visitas de seguimento (Figura 13). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre participantes e não participantes ou os casos considerados perda de acompanhamento em relação à idade, sexo, ser gestante, ter autonomia mínima, ou ser acompanhado em consultório particular (Tabela 5). Ainda, censura e evento foram independentes, quando comparados com dados obtidos de registros médicos ( $p=0,952$ ). A média geral de tempo de acompanhamento foi de 215

dias (mediana=247) e a média de tempo entre a entrevista basal e a primeira visita de seguimento foi de 41 dias. O percentual de participação foi maior no CTR/DIP Orestes Diniz (88%) do que no ambulatório do HEM (76%). De fato, o CTR/DIP concentrava a maior parte dos atendimentos especializados em HIV/aids em Belo Horizonte. Assim, a aceitação por parte dos pacientes em participar do estudo foi considerada adequada, sendo que a semelhança encontrada entre os grupos participantes e não participantes indica não haver viés diferencial de participação.

Avaliou-se a confiabilidade das respostas obtidas por meio de entrevista aplicada na primeira visita (entrevista basal). A entrevista foi reaplicada a dez participantes (2,4%) por outro entrevistador no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial, e respostas selecionadas foram comparadas por meio do cálculo da concordância observada e do índice Kappa. Essa análise foi complementada com a avaliação de dados de fonte secundária (prontuários médicos) e a primeira parte de 25 entrevistas qualitativas quando perguntas selecionadas foram repetidas.

Os resultados indicaram concordância variando de 40% a 100%, com predominância de valores entre 90% e 100%. O índice Kappa variou de 0,20 a 1,00, considerando-se a variação aleatória. O pequeno tamanho da amostra comparada explica alguns valores baixos de Kappa, assim como a alta variabilidade do intervalo de confiança. O treinamento sistemático dos entrevistadores e codificadores, assim como a realização do projeto piloto, foi de fundamental importância na obtenção de uma boa confiabilidade.

## **ANÁLISE DESCRITIVA DA ENTREVISTA BASAL**

A análise descritiva de variáveis socioeconômicas da entrevista basal pode ser vista na Tabela 6. Os dados indicam que a média de idade dos entrevistados foi de 34 anos (mediana=33 anos), dos quais a grande maioria estava na faixa de 30 anos ou mais, cerca de 56,0% eram homens, 33,0% das mulheres se encontravam em período de gestação (n=59), a maioria tinha cor parda ou outras (53,4%), 45,3% eram solteiros e com baixa escolaridade (64,8% com oito anos ou menos de ensino formal).

Setenta por cento declararam ter alguma renda nos últimos seis meses (n=285), sendo que, destes, 50,9% tinham emprego fixo ou temporário, com horário de trabalho fixo (60,0%). A grande maioria tinha um salário mínimo (R\$240,00) ou menos de renda individual no último mês (60,1%). Apenas 22,7% dos entrevistados possuíam plano de saúde, enquanto 46,1% relataram ter crença religiosa e ser praticantes.

Das variáveis relacionadas com a percepção e vulnerabilidade para o HIV/aids (Tabela 7), a grande maioria dos entrevistados (61,3%) relatou a indicação de profissional de saúde como motivo para realização do exame anti-HIV. A maioria (82,8%) comunicou-se com alguém próximo (parente, amigo e/ou parceiro) sobre sua soropositividade para o HIV e 79,3% informaram morar com alguém. Destes, 56,5% (n=182) indicaram

morar com alguém que fez o exame anti-HIV. Enquanto 83,7% relataram o uso de álcool alguma vez na vida, no mês anterior à entrevista basal esse valor cai para 34,2%. Um quarto (25,1%) dos participantes relatou o uso de maconha alguma vez na vida, seguido do uso de cocaína por 12,6% e de crack por 7,1%. Foi relativamente baixo o uso de drogas injetáveis alguma vez na vida (4,9%), sendo a maioria com compartilhamento de agulhas ou seringas (55,0%). Assim como o álcool, foi também menor a proporção de uso recente de drogas ilícitas (último mês) enquanto que 32,5% relataram o uso atual de tabaco. A provável fonte de infecção para essa população, de acordo com o algoritmo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, foi a transmissão heterossexual (70,0%), seguida pelo grupo de homens que fazem sexo com homens (19,0%).

Ainda em relação à vulnerabilidade, cerca de 61,1% dos entrevistados tiveram mais de um parceiro sexual, com pelo menos um deles fixo, durante toda a vida. O uso de preservativo nessas relações sexuais se deu em menos da metade das vezes para 39,4% e em nenhuma vez para 24,1%. Em relação ao mês anterior à entrevista basal, 49,0% dos participantes relataram não ter tido qualquer parceiro sexual. Dentre os que tiveram relações sexuais, cerca de 43,1% informaram tê-las tido com um parceiro único e fixo. O uso de preservativo nessas relações sexuais deu-se em “todas as vezes” para 55,0% dos participantes (Tabela 7). Apesar de haver uma maior proporção de participantes relatando o uso de preservativo em todas as relações, ainda se mantém alta a proporção daqueles que usaram em “menos da metade das vezes ou nunca usaram”, principalmente por se tratar de uma população que tem conhecimento de sua condição sorológica para o HIV e está iniciando tratamento em serviços de referência onde o aconselhamento pré e pós-teste é rotina.

Chama atenção o grau de conhecimento dos pacientes em relação ao HIV, à aids ou ao tratamento ARV. Houve uma menor proporção de respostas corretas para as afirmativas “*não pega (HIV) pela picada de inseto*” (61,8%), “*ainda não tem vacina (aids)*” (69,5%) e “*não destrói (o ARV) o HIV*” (38,4%). Tais dados nos indicam que conhecimento e prática não são necessariamente coincidentes nessa população.

Em relação ao uso dos serviços de saúde (Tabela 8), a maioria (83,3%) dos entrevistados era acompanhada em um dos dois serviços estudados (CTR/DIP ou HEM). Os demais tinham apenas atendimento na farmácia, com dispensação dos medicamentos antirretrovirais. A maioria (87,2%) entendia que precisava de tratamento, tendo como principal motivo para a busca deste “*acreditar no tratamento*”, “*saber onde marcar a consulta*” e “*perceber a gravidade do HIV/aids*”, para respectivamente, 80,3%, 72,2% e 69,5% dos participantes. A busca de mais de um serviço especializado foi relatada por 74,9%, sendo que a maioria (85,7%) não encontrou dificuldades para procurá-los. Apesar de 48,0% acharem que poderiam ser discriminados nos serviços de saúde, apenas 0,1% relataram ter isso ocorrido, enquanto uma maior proporção (14,0%) sentiu-se constrangida.

Chama atenção a baixa proporção de pacientes que participaram de grupos de orientação ou acompanhamento psicológico nos serviços estudados (1,5% e 4,9%, respectivamente), ou mesmo fora destes (4,2%). O número de consultas realizadas nos serviços indica uma frequência razoável desses pacientes para os seis meses anteriores à prescrição (39,7% com três ou mais consultas) ou durante o acompanhamento do projeto (38,2% com mais de cinco consultas). No entanto, não é desprezível a proporção de pacientes que ficaram mais de seis meses sem consulta médica (19,2%), o que pode ser um indicador de baixa adesão.

Características relacionadas aos aspectos clínicos e ao tratamento podem ser vistos na Tabela 9. Os esquemas de ARV mais utilizados foram os tríplices ou mais (92,6%), sendo que a monoterapia e a terapia dupla estavam principalmente associadas à profilaxia da transmissão materno-infantil. Os esquemas mais comuns de início de terapia nessa população foram AZT+3TC+EFZ (25,4%), AZT+3TC+NFV (25,4%) e AZT+3TC+NVP (14,0%) perfazendo um total de 64,8% dentre 23 esquemas prescritos. Além disso, o medicamento mais prescrito foi o AZT+3TC combinado (75,9%), enquanto inibidores de protease estiveram presentes em 46,8% dos esquemas iniciais.

Um aspecto importante para o estudo da adesão refere-se às orientações médicas e farmacêuticas sobre os ARV, bem como à compreensão das mesmas (Tabela 9). Neste estudo, nove itens foram avaliados (nome, horário, quantidade, alimentação, o que fazer quando se esquecer de tomar ARV, uso de álcool, efeitos adversos, o que acontece quando se para de tomar e quando retornar para buscar ARV). Os itens sobre os quais mais se orientou, tanto pelos médicos quanto pelos farmacêuticos, foram respectivamente: o horário das tomadas (88,9% e 88,7%), a quantidade de cada medicamento (89,4% e 87,9%), o nome dos medicamentos (83,3% e 86,2%) e quando retornar para buscar os ARV (72,7 e 85,5%). O item para o qual menos orientação foi dada foi *“o que fazer quando se esquecer de tomar os ARV”*, com 30,0% e 42,4% para os médicos e farmacêuticos, respectivamente.

Chama atenção que, para 5,7% e 9,6% dos pacientes, não houve qualquer orientação e que 31,8% e 23,3% receberam orientação de apenas cinco ou menos itens, por parte dos médicos ou farmacêuticos, respectivamente. Finalmente, a percepção dos pacientes quanto ao entendimento dessas orientações médicas ou farmacêuticas, de forma global, foi ter entendido tudo ou muito para 70,0% e 79,1%, respectivamente. Apesar de ser uma proporção razoavelmente elevada, especial atenção deve ser dirigida àqueles que não estão entendendo essa orientação.

Finalmente, os dados mostram que grande parte dos pacientes iniciando tratamento ARV eram clinicamente assintomáticos (47,3%), mas com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 céls./mm<sup>3</sup>. Importante parcela dessa população iniciou terapia sem contagem de carga viral (57,7%), sendo que, daqueles com essa medida, em torno de 50,0% tinham carga viral acima de 85.500 cópias/ml (4,9 log). Merece atenção,

também, a alta ocorrência de óbitos após o início do tratamento (6,8%), provavelmente um efeito do início tardio da medicação (Tabela 9).

FIGURA 12

RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES, PROJETO ATAR, 2001-2003.

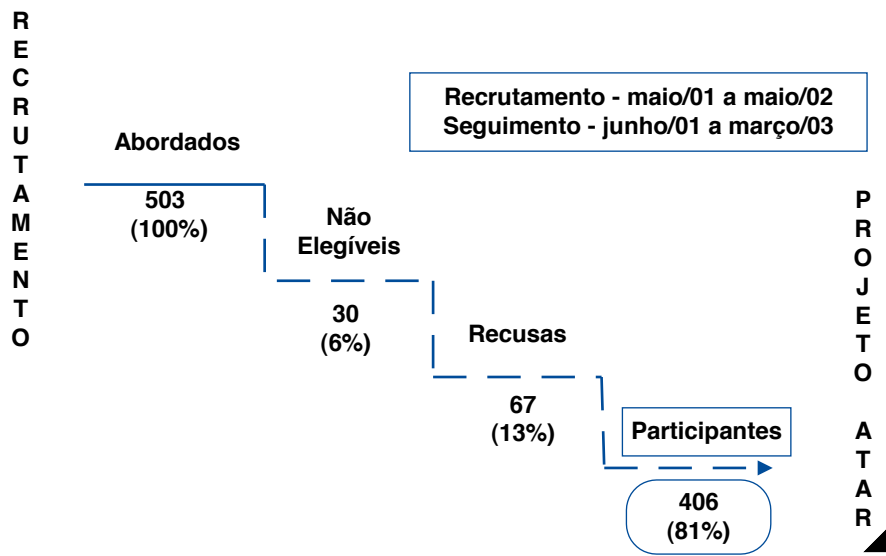




FIGURA 13

DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM OS RETORNOS E TEMPO DE ACOMPANHAMENTO,  
PROJETO ATAR, 2001-2003.

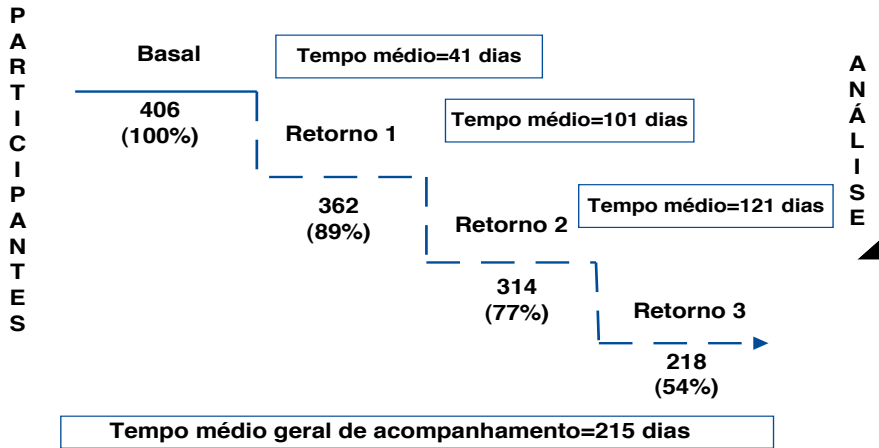


TABELA 4

**RECRUTAMENTO E ACOMPANHAMENTO NOS DOIS SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.**

| <b>População</b>                         | <b>n (%)</b>            |
|--|-------------------------|
| Recrutados                               | 503 (100,0)             |
| Participantes                            | 406 (81,0) <sup>1</sup> |
| Não elegíveis                            | 30 (6,0) <sup>1</sup>   |
| Não participantes                        | 67 (13,0) <sup>1</sup>  |
| Primeira visita (basal)                  | 406 (86,0) <sup>2</sup> |
| Pelo menos um retorno (2ª visita)        | 362 (89,2) <sup>3</sup> |
| Com pelo menos dois retornos (3ª visita) | 314 (77,3) <sup>3</sup> |
| Com três retornos (4ª visita)            | 218 (53,7) <sup>3</sup> |
| Local/Estudo                             |                         |
| Ambulatório do CTR/DIP <sup>4</sup>      | 341 (84,0) <sup>3</sup> |
| Ambulatório do HEM <sup>5</sup>          | 65 (16,0) <sup>3</sup>  |

(1) % em relação ao total de recrutados.

(2) % em relação ao total de elegíveis (n=473).

(3) % em relação ao total de participantes.

(4) Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas Parasitárias Orestes Diniz/UFGM/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - SMSA.

(5) Hospital Eduardo de Menezes/Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG.

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ELEGÍVEL DE ACORDO COM A PARTICIPAÇÃO (N=473), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001 - 2003.

| Característica             | Participante (%)<br>(n=406) | Não Participante<br>(%) (n=67) | $\chi^2$ | p     |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------|-------|
| Local da pesquisa:         |                             |                                |          |       |
| CTR/DIP                    | 341 (84,0)                  | 46 (68,7)                      | 9,10     | 0,002 |
| HEM                        | 65 (16,0)                   | 21 (31,3)                      |          |       |
| Sexo:                      |                             |                                |          |       |
| Masculino                  | 227 (55,6)                  | 43 (64,2)                      | 1,93     | 0,164 |
| Feminino                   | 179 (44,1)                  | 24 (35,8)                      |          |       |
| Gestantes:                 |                             |                                |          |       |
| Sim                        | 59 (33,0)                   | 6 (26,0)                       | 0,44     | 0,506 |
| Não                        | 120 (67,0)                  | 17 (73,9)                      |          |       |
| Idade:                     |                             |                                |          |       |
| < 35 anos                  | 237 (58,4)                  | 29 (47,5)                      | 2,54     | 0,111 |
| > 35 anos                  | 169 (41,6)                  | 32 (52,5)                      |          |       |
| Autonomia mínima:          |                             |                                |          |       |
| Sim                        | 383 (95,8)                  | 63 (98,4)                      | 1,07     | 0,301 |
| Não                        | 17 (4,3)                    | 1 (12,1)                       |          |       |
| Acompanhamento particular: |                             |                                |          |       |
| Sim                        | 25 (6,2)                    | 5 (7,5)                        | 0,06     | 0,806 |
| Não                        | 379 (93,8)                  | 62 (92,5)                      |          |       |

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS, DE ACORDO COM A ENTREVISTA DE ENTRADA (BASAL), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (N=406), 2001-2003.

| Características                          | n   | %    |
|--|-----|------|
| Local do estudo:                         |     |      |
| CTR/DIP                                  | 341 | 84,0 |
| HEM                                      | 65  | 16,0 |
| Idade (anos):                            |     |      |
| ≤ 33                                     | 204 | 50,2 |
| > 33                                     | 202 | 49,8 |
| Sexo:                                    |     |      |
| Masculino                                | 228 | 56,2 |
| Feminino                                 | 178 | 43,8 |
| Cor:                                     |     |      |
| Branca                                   | 89  | 21,9 |
| Preta                                    | 85  | 20,9 |
| Outra                                    | 217 | 53,4 |
| Ignorada                                 | 15  | 3,7  |
| Estado civil                             |     |      |
| Solteiros                                | 184 | 45,3 |
| Casados/Unidos                           | 160 | 39,4 |
| Separados                                | 36  | 8,9  |
| Viúvos                                   | 26  | 6,4  |
| Município de residência                  |     |      |
| Belo Horizonte                           | 238 | 58,6 |
| Interior (Minas Gerais)                  | 167 | 41,1 |
| Interior (Bahia)                         | 1   | 0,2  |
| Escolaridade                             |     |      |
| ≤ 8 anos                                 | 263 | 64,8 |
| > 8 anos                                 | 141 | 34,7 |
| Ignorada                                 | 2   | 0,5  |
| Gestante:                                |     |      |
| Sim                                      | 59  | 14,5 |
| Não                                      | 119 | 29,3 |
| Homens                                   | 228 | 56,2 |
| Renda individual nos últimos seis meses: |     |      |
| Sim                                      | 285 | 70,2 |
| Não                                      | 118 | 44,8 |
| Ignorada                                 | 3   | 0,7  |

CONTINUA

| Características                                   | n   | %    |
|---|-----|------|
| Fonte de renda individual nos últimos seis meses: |     |      |
| <i>Autônomo</i>                                   | 66  | 16,3 |
| <i>Emprego (inclui temporário)</i>                | 145 | 35,7 |
| <i>Auxílio doença</i>                             | 11  | 2,7  |
| <i>Outra fonte</i>                                | 63  | 15,5 |
| <i>Sem trabalho</i>                               | 118 | 29,1 |
| <i>Ignorada</i>                                   | 3   | 0,7  |
| Horário de trabalho nos últimos seis meses:       |     |      |
| <i>Fixo</i>                                       | 171 | 42,1 |
| <i>Não fixo</i>                                   | 113 | 27,8 |
| <i>Sem trabalho</i>                               | 118 | 29,1 |
| <i>Ignorado</i>                                   | 4   | 1,0  |
| Renda individual no último mês:                   |     |      |
| <i>Sim</i>  | 221 | 54,4 |
| <i>Não</i>  | 182 | 44,8 |
| <i>Ignorada</i>                                   | 3   | 0,7  |
| Renda familiar no último mês:                     |     |      |
| <i>Sim</i>  | 329 | 81,0 |
| <i>Não</i>  | 73  | 18,0 |
| <i>Ignorada</i>                                   | 4   | 1,0  |
| Valor renda individual (último mês):              |     |      |
| <i>≤ 1 SM</i>                                     | 244 | 60,1 |
| <i>2 + SM</i>                                     | 153 | 37,7 |
| <i>Ignorado</i>                                   | 9   | 2,2  |
| Valor renda familiar (último mês):                |     |      |
| <i>≤ 1 SM</i>                                     | 135 | 33,3 |
| <i>2 + SM</i>                                     | 238 | 58,6 |
| <i>Ignorado</i>                                   | 33  | 8,1  |
| Plano de saúde (privado):                         |     |      |
| <i>Sim</i>  | 92  | 22,7 |
| <i>Não</i>  | 314 | 77,3 |
| Crença religiosa:                                 |     |      |
| <i>Não tem</i>                                    | 96  | 23,6 |
| <i>Tem, mas não é praticante</i>                  | 123 | 30,3 |
| <i>Tem e é praticante</i>                         | 187 | 46,1 |

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DE VULNERABILIDADE SELECIONADAS, DE ACORDO COM A ENTREVISTA DE ENTRADA (BASAL), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (N=406), 2001-2003.

| Características  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Motivo de realizar o exame anti-HIV:   |     |      |
| <i>Pessoal</i>   | 115 | 28,3 |
| <i>Indicação médica</i>  | 249 | 61,3 |
| <i>Ambos</i>   | 22  | 5,4  |
| <i>Ignorado</i>  | 20  | 4,9  |
| Falou com alguém próximo sobre soropositividade para o HIV:                      |     |      |
| <i>Sim</i>   | 336 | 82,8 |
| <i>Não</i>   | 52  | 12,8 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Mora com alguém:   |     |      |
| <i>Sim</i>   | 322 | 79,3 |
| <i>Não</i>   | 66  | 16,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 13  | 4,4  |
| Alguém com quem mora fez exame para o HIV:                                       |     |      |
| <i>Sim</i>   | 182 | 44,8 |
| <i>Não</i>   | 131 | 32,3 |
| <i>Mora sozinho</i>  | 66  | 16,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 27  | 6,7  |
| Uso de bebida alcoólica (durante toda a vida):                                   |     |      |
| <i>Sim</i>   | 340 | 83,7 |
| <i>Não</i>   | 48  | 11,8 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Uso de bebida alcoólica (último mês):  |     |      |
| <i>Sim</i>   | 139 | 34,2 |
| <i>Não</i>   | 249 | 61,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Uso drogas ilícitas (durante toda a vida) - resposta afirmativa para cada droga: |     |      |
| <i>Maconha</i>   | 102 | 25,1 |
| <i>Cocaína</i>   | 51  | 12,6 |
| <i>Crack</i>   | 29  | 7,1  |
| <i>Outra</i>   | 35  | 8,6  |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Uso de droga injetável (durante toda a vida):                                    |     |      |
| <i>Sim</i>   | 20  | 4,9  |
| <i>Não</i>   | 368 | 90,6 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Compartilhou material (entre os UDI):  |     |      |
| <i>Sim</i>   | 11  | 55,0 |
| <i>Não</i>   | 8   | 40,0 |
| <i>Ignorado</i>  | 1   | 5,0  |
| Uso drogas ilícitas (último mês) - respostas afirmativas para cada droga:        |     |      |
| <i>Maconha</i>   | 27  | 6,7  |
| <i>Cocaína</i>   | 3   | 0,7  |
| <i>Crack</i>   | 2   | 0,7  |
| <i>Outra</i>   | 1   | 0,2  |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |

CONTINUA

## CONTINUAÇÃO

| Características  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Uso atual de tabaco:   |     |      |
| <i>Sim</i>   | 132 | 32,5 |
| <i>Não</i>   | 256 | 63,1 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Parceiros sexuais (durante toda a vida):                                     |     |      |
| <i>Somente um</i>  | 57  | 14,0 |
| <i>Mais de um com pelo menos um fixo</i>                                     | 248 | 61,1 |
| <i>Mais de um sem nenhum fixo</i>  | 82  | 20,2 |
| <i>Ignorado (inclui participante sem prática sexual)</i>                     | 20  | 4,9  |
| Parceiros sexuais no último mês:   |     |      |
| <i>Não teve</i>  | 199 | 49,0 |
| <i>Somente um</i>  | 175 | 43,1 |
| <i>&gt;1</i>   | 14  | 3,4  |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Uso de preservativo durante a vida:  |     |      |
| <i>Sempre</i>  | 18  | 4,4  |
| <i>A maioria das vezes</i>   | 109 | 26,8 |
| <i>Menos da metade das vezes</i>   | 160 | 39,4 |
| <i>Nunca</i>   | 98  | 24,1 |
| <i>Ignorado (inclui participante sem prática sexual)</i>                     | 21  | 5,2  |
| Uso de preservativos (entre aqueles com prática sexual no último mês n=189): |     |      |
| <i>Todas as vezes</i>  | 104 | 55,0 |
| <i>Maioria das vezes</i>   | 14  | 7,4  |
| <i>Menos da metade das vezes</i>   | 25  | 13,2 |
| <i>Nenhuma vez</i>   | 44  | 23,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 2   | 1,1  |
| Conhecimento sobre HIV (respostas corretas para cada item):                  |     |      |
| <i>Destroi defesa do organismo</i>   | 340 | 83,7 |
| <i>Pega pelo sangue contaminado</i>  | 382 | 94,1 |
| <i>Pega pelo esperma contaminado</i>   | 366 | 90,1 |
| <i>Não pega pelo abraço</i>  | 378 | 93,1 |
| <i>Não pega pela picada de inseto</i>  | 251 | 61,8 |
| Conhecimento sobre ARV (respostas corretas para cada item):                  |     |      |
| <i>Não destrói o HIV</i>   | 156 | 38,4 |
| <i>Não deixa o HIV aumentar</i>  | 358 | 88,2 |
| <i>Melhora resistência do organismo</i>                                      | 305 | 75,1 |
| <i>Combate infecções oportunistas</i>  | 323 | 79,6 |
| <i>Deve ser tomado a vida toda</i>   | 326 | 80,3 |
| Provável fonte de infecção pelo HIV:   |     |      |
| <i>UDI</i>   | 16  | 3,9  |
| <i>HSH</i>   | 77  | 19,0 |
| <i>Transfusão</i>  | 20  | 4,9  |
| <i>Heterossexual</i>   | 284 | 70,0 |
| <i>Outros/ignorada</i>   | 9   | 2,2  |

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DE USO DO SERVIÇO, DE ACORDO COM A ENTREVISTA DE ENTRADA (BASAL), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (N=406), 2001-2003.

| Características  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Acompanhados no CTR/DIP ou HEM:                                      |     |      |
| <i>Sim</i>   | 338 | 83,3 |
| <i>Não</i>   | 49  | 12,1 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Entendiam que precisavam do tratamento ARV:                          |     |      |
| <i>Sim</i>   | 354 | 87,2 |
| <i>Não</i>   | 25  | 6,2  |
| <i>Não sabe</i>  | 8   | 2,0  |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Procuraram mais de um serviço de saúde (HIV):                        |     |      |
| <i>Sim</i>   | 84  | 20,7 |
| <i>Não</i>   | 304 | 74,9 |
| <i>Ignorado</i>  | 18  | 4,4  |
| Motivos para buscar tratamento (respostas positivas para cada item): |     |      |
| <i>Ter sintomas</i>  | 196 | 48,3 |
| <i>Perceber gravidade do HIV/aids</i>                                | 282 | 69,5 |
| <i>Acreditar no tratamento</i>                                       | 326 | 80,3 |
| <i>Receber aconselhamento leigo</i>                                  | 130 | 32,0 |
| <i>Saber onde marcar consulta</i>                                    | 293 | 72,2 |
| Relato de dificuldade em procurar serviço de saúde (HIV):            |     |      |
| <i>Sim</i>   | 38  | 9,4  |
| <i>Não</i>   | 348 | 85,7 |
| <i>Ignorado</i>  | 20  | 4,9  |
| Achavam que podiam ser discriminados no serviço de saúde:            |     |      |
| <i>Sim</i>   | 195 | 48,0 |
| <i>Não</i>   | 192 | 47,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Sentiram-se discriminados no serviço de saúde:                       |     |      |
| <i>Sim</i>   | 4   | 0,1  |
| <i>Não</i>   | 383 | 94,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Sentiram-se constrangidos no serviço de saúde:                       |     |      |
| <i>Sim</i>   | 57  | 14,0 |
| <i>Não</i>   | 330 | 81,3 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Participaram de grupos de orientação ARV no serviço:                 |     |      |
| <i>Sim</i>   | 6   | 1,5  |
| <i>Não</i>   | 381 | 93,8 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |

CONTINUA



## CONTINUAÇÃO

| Características  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Tiveram acompanhamento psicológico no serviço:                                       |     |      |
| <i>Sim</i>   | 20  | 4,9  |
| <i>Não</i>   | 367 | 90,4 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Participaram de grupos de apoio fora do serviço saúde:                               |     |      |
| <i>Sim</i>   | 17  | 4,2  |
| <i>Não</i>   | 370 | 91,1 |
| <i>Ignorado</i>  | 19  | 4,7  |
| Número de consultas médicas no serviço nos 6 meses anteriores ao início da TARV:     |     |      |
| <3   | 218 | 53,7 |
| ≥3   | 161 | 39,7 |
| <i>Ignorado</i>  | 27  | 6,7  |
| Número de consultas com infectologista durante o acompanhamento após início da TARV: |     |      |
| >5   | 155 | 38,2 |
| ≤5   | 239 | 58,9 |
| <i>Ignorado</i>  | 12  | 3,0  |
| Intervalo >6 meses entre consultas durante o acompanhamento após início da TARV:     |     |      |
| <i>Sim</i>   | 78  | 19,2 |
| <i>Não</i>   | 315 | 77,6 |
| <i>Ignorado</i>  | 13  | 3,2  |

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DE TRATAMENTO E CLÍNICAS SELECIONADAS, DE ACORDO COM A ENTREVISTA DE ENTRADA (BASAL), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (N=406), 2001-2003.

| Características                                      | n   | %    |
|--|-----|------|
| Esquema ARV segundo o tipo:                          |     |      |
| <i>Somente Análogos de Nucleosídeos</i>              | 30  | 7,4  |
| <i>Análogos e Não Análogos</i>                       | 186 | 45,8 |
| <i>Análogos e Inibidores de Protease</i>             | 190 | 46,8 |
| Esquema ARV:   |     |      |
| <i>Duplo/Mono</i>                                    | 30  | 7,4  |
| <i>Tríplice ou mais</i>                              | 376 | 92,6 |
| AZT  | 25  | 6,2  |
| AZT+ddl  | 1   | 0,2  |
| AZT+3TC  | 4   | 1,0  |
| AZT+ddl+NVP  | 7   | 1,7  |
| ddl+d4T+NVP  | 1   | 0,2  |
| 3TC+d4T+NVP  | 3   | 0,7  |
| AZT+3TC+NVP  | 57  | 14,0 |
| AZT+ddl+EFZ  | 4   | 1,0  |
| ddl+d4T+EFZ  | 7   | 1,7  |
| 3TC+d4T+EFZ  | 4   | 1,0  |
| AZT+3TC+EFZ  | 103 | 25,4 |
| AZT+ddl+IDV  | 3   | 0,7  |
| 3TC+d4T+IDV  | 1   | 0,2  |
| AZT+3TC+IDV  | 22  | 5,4  |
| 3TC+d4T+IDV+RTV                                      | 1   | 0,2  |
| AZT+3TC+IDV+RTV                                      | 16  | 3,9  |
| AZT+3TC+RTV+SQV                                      | 1   | 0,2  |
| AZT+ddl+NfV  | 22  | 5,4  |
| ddl+d4T+NfV  | 8   | 2,0  |
| 3TC+d4T+NfV  | 9   | 2,2  |
| AZT+3TC+NfV  | 103 | 25,4 |
| 3TC+d4T+LPV+RTV                                      | 2   | 0,5  |
| AZT+3TC+LPV+RTV                                      | 2   | 0,5  |
| ARV mais utilizado (das prescrições iniciais n=406): |     |      |
| <i>Zidovudina/lamivudina (combinado)</i>             | 308 | 75,9 |
| ARV mais utilizado (do total de ARV prescrito n=873) |     |      |
| <i>Zidovudina/lamivudina (combinado)</i>             | 308 | 35,3 |
| Esquema ARV com Inibidor de Protease                 |     |      |
| <i>Sim</i>   | 190 | 46,8 |
| <i>Não</i>   | 216 | 53,2 |

CONTINUA

| Características   | n   | %    |
|---|-----|------|
| Uso regular de outros medicamentos, incluindo profilaxia:                     |     |      |
| Sim   | 157 | 38,7 |
| Não   | 230 | 56,7 |
| Ignorado  | 19  | 4,7  |
| Orientação médica (percentual de respostas afirmativas para cada item):       |     |      |
| <i>Nome dos medicamentos</i>  |     |      |
| <i>Horários de cada medicamento</i>   | 338 | 83,3 |
| <i>Quantidades de cada medicamento</i>  | 361 | 88,9 |
| <i>Alimentação junto com medicamentos</i>                                     | 363 | 89,4 |
| <i>O que fazer se esquecer de tomar</i>                                       | 292 | 71,9 |
| <i>Uso de álcool junto com medicamentos</i>                                   | 122 | 30,0 |
| <i>Efeitos colaterais/reações</i>   | 168 | 41,4 |
| <i>O que acontece se parar de tomar</i>                                       | 295 | 72,7 |
| <i>Quando retornar para buscar medicamentos</i>                               | 248 | 61,1 |
|   | 295 | 72,7 |
| Orientação farmacêutica (percentual de respostas afirmativas para cada item): |     |      |
| <i>Nome dos medicamentos</i>  | 350 | 86,2 |
| <i>Horários de cada medicamento</i>   | 360 | 88,7 |
| <i>Quantidades de cada medicamento</i>  | 357 | 87,9 |
| <i>Alimentação junto com medicamentos</i>                                     | 314 | 77,3 |
| <i>O que fazer se esquecer de tomar</i>                                       | 172 | 42,4 |
| <i>Uso de álcool junto com medicamentos</i>                                   | 183 | 45,1 |
| <i>Efeitos colaterais/reações</i>   | 304 | 74,9 |
| <i>O que acontece se parar de tomar</i>                                       | 256 | 63,1 |
| <i>Quando retornar para buscar medicamentos</i>                               | 347 | 85,5 |
| Número de itens orientados pelos médicos:                                     |     |      |
| 0   | 23  | 5,7  |
| 1   | 8   | 2,0  |
| 2   | 11  | 2,7  |
| 3   | 18  | 4,4  |
| 4   | 20  | 4,9  |
| 5   | 49  | 12,1 |
| 6   | 61  | 15,0 |
| 7   | 75  | 18,5 |
| 8   | 87  | 21,4 |
| 9   | 54  | 13,3 |

CONTINUA

## CONTINUAÇÃO

| Características  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Número de itens orientados pelos farmacêuticos:              |     |      |
| 0  | 39  | 9,6  |
| 1  | 4   | 1,0  |
| 2  | 5   | 1,2  |
| 3  | 3   | 0,7  |
| 4  | 20  | 4,9  |
| 5  | 24  | 5,9  |
| 6  | 55  | 13,5 |
| 7  | 65  | 16,0 |
| 8  | 84  | 20,7 |
| 9  | 107 | 26,4 |
| Compreendeu orientação médica (Percepção do paciente):       |     |      |
| Tudo/muito   | 284 | 70,0 |
| Médio/pouco/nada   | 97  | 23,9 |
| Ignorado   | 25  | 6,2  |
| Compreendeu orientação farmacêutica (Percepção do paciente): |     |      |
| Tudo/muito   | 321 | 79,1 |
| Médio/pouco/nada   | 46  | 11,3 |
| Ignorado   | 39  | 9,6  |
| Nível de compreensão da prescrição (n=357)                   |     |      |
| Suficiente   | 264 | 73,9 |
| Insuficiente   | 93  | 26,1 |
| Classificação clínica na prescrição de ARV (CDC, 1992):      |     |      |
| A  | 192 | 47,3 |
| B  | 88  | 21,7 |
| C  | 101 | 24,9 |
| Ignorada   | 25  | 6,2  |
| Classificação imunológica na prescrição de ARV (CDC, 1992):  |     |      |
| > 500  | 31  | 7,6  |
| 200-500  | 117 | 28,8 |
| ≤ 200  | 182 | 44,8 |
| Ignorada   | 76  | 18,7 |
| Carga viral na prescrição de ARV (registro médico):          |     |      |
| ≤ 85.500 cópias/ml   | 81  | 20,0 |
| > 85.500 cópias/ml   | 83  | 20,4 |
| Ignorada   | 242 | 57,7 |
| Óbitos no período do estudo:                                 |     |      |
| Sim, com nenhuma entrevista de seguimento                    | 14  | 3,4  |
| Sim, com pelo menos 01 entrevista de seguimento              | 14  | 3,4  |
| Não  | 378 | 93,2 |



## PROJETO ATAR: COMO OS PACIENTES INICIAM O TRATAMENTO?

Lorenza Nogueira Campos, Maria das Graças Braga Ceccato, Palmira de Fátima Bonolo, Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, Gustavo Machado Rocha, Cristiane Aparecida Menezes de Pádua, Juliana Álvares, José Roberto Maggi Fernandes, Carla Jorge Machado, Cibele Comini César, Francisco de Assis Acurcio, Mark Drew Crosland Guimarães

Neste capítulo, objetiva-se descrever algumas condições específicas que caracterizaram a população de pacientes iniciando terapia antirretroviral, incluindo o início tardio do tratamento, os aspectos psicossociais (ansiedade, depressão e qualidade de vida) e o grau de compreensão do tratamento. Para essa análise, adotou-se uma abordagem do tipo corte-transversal, por se tratar de condições mensuradas na entrevista basal e na análise de prontuário.

### INÍCIO TARDIO DO TRATAMENTO<sup>1</sup>

#### RELEVÂNCIA DO TEMA

A terapia antirretroviral (TARV) para pacientes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana, o HIV/aids, resultou em uma redução da morbidade, aumento da sobrevida e melhoria na qualidade de vida (CATZ et al., 2000; MARINS et al., 2003; TEIXEIRA; VITÓRIA; BARCAROLO, 2004). Diversos consensos têm recomendado iniciar a TARV para todo indivíduo com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> ou em presença de manifestações clínicas de imunodeficiência grave (BRASIL, 2008b; THE UNITED STATES OF AMERICA, 2008). Essa recomendação é justificada pela existência de ensaios clínicos randomizados demonstrando que o início tardio da TARV para pacientes sintomáticos ou com número de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> ocasiona aumento da mortalidade e de progressão para a aids (GARCIA et al., 2004; HOGG et al., 2001; LEPRI et al., 2001; PALELLA et al., 2003). Entretanto, apesar das recomendações dos consensos e do acesso gratuito e universal à TARV no Brasil, os antirretrovirais (ARV) são iniciados em uma fase avançada da doença em grande parte da população.

Apesar dos claros benefícios propiciados pela TARV e das consequências prejudiciais

---

<sup>1</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Fernandes et al. (2009)

resultantes do seu início tardio, estudos internacionais demonstraram que pacientes vivendo com HIV/aids iniciaram a TARV com uma contagem média de linfócitos T CD4+ que variou de 272 a 280 células/mm<sup>3</sup> (HOGG et al., 2001; LEPRI et al., 2001). A proporção de indivíduos que receberam a primeira prescrição de ARV com contagem de linfócitos T CD4+ <200 células/mm<sup>3</sup> variou de 36,3% a 66,4% em alguns estudos (BROOK; CURTIS; JOHNSON, 2004; CURTIS; SABIN; JOHNSON, 2003; STÖHR et al., 2007). Essa medida apresentou pequena variação (50% a 60%) entre os anos de 1997 a 2003 (STÖHR et al., 2007). Estudos brasileiros mostraram uma contagem média de linfócitos T CD4+ antes da TARV de 211 a 276 células/mm<sup>3</sup>, sendo que 41% dos pacientes iniciaram o uso de ARV tardiamente, ou seja, com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> ou manifestações clínicas de imunodeficiência grave (CARMODY et al., 2003; HOFER; SCHECHTER; HARRISON, 2004; SOUZA JUNIOR; SZWARTWALD; CASTILHO, 2007).

O início tardio da TARV tem sido atribuído a três fatores principais: 1) diagnóstico tardio da infecção pelo HIV; 2) início tardio de acompanhamento nos serviços de saúde especializados em atendimento de pacientes vivendo com HIV/aids; e 3) fatores relacionados ao indivíduo e à utilização de serviços após o início de acompanhamento (SAMET et al., 2001).

Existem poucos estudos brasileiros que acompanharam os pacientes desde o início da TARV e avaliaram o início tardio do tratamento. Souza Junior, Szwartwald e Castilho (2007) avaliaram a introdução tardia da TARV utilizando informações do Sistema de Controle de Exames de Laboratório (SISCEL) do Ministério da Saúde. Nesse trabalho, a prevalência de introdução tardia da TARV, definida como início do tratamento em paciente com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> ou sintomático para a aids com contagem de linfócitos  $\geq 200$  células/mm<sup>3</sup> na apresentação inicial, foi de 40,8%. Levando-se em consideração o cenário nacional de acesso gratuito e universal à testagem, monitoramento, acompanhamento e tratamento para o HIV/aids e os prejuízos causados pelo início da TARV em fase avançada da infecção, torna-se fundamental avaliar a prevalência do início tardio da TARV e seus fatores associados em uma coorte de pacientes iniciando TARV em dois serviços públicos de referência para o HIV/aids. É pertinente ressaltar a importância de obter esses dados também de fonte primária, não se limitando somente a dados de fonte secundária, bem como de avaliar o intervalo de tempo entre o início do acompanhamento no serviço de saúde e o início da TARV.

## ANÁLISE E COMENTÁRIOS

A definição de início tardio da TARV para esta análise está apresentada no Capítulo 3. Foram também excluídos os entrevistados que não apresentavam registro de contagem de linfócitos T CD4+ antes ou até 30 dias após o início da TARV e cuja classificação clínica era A, B (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992) ou ignorada, os indivíduos cujos prontuários não foram localizados, e as gestantes, já que a maioria tinha indicação de usar a TARV como profilaxia para transmissão materno-infantil.

Dos 406 participantes, foram excluídos da análise: 57 gestantes (14%), 9 participantes (2%) que não possuíam prontuário nos centros pesquisados e 30 indivíduos (7%) que não apresentavam registro de contagem de linfócitos T CD4 antes da TARV ou até 30 dias após a prescrição, perfazendo um total de 310 (76,4%) indivíduos efetivamente avaliados. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os participantes e aqueles indivíduos sem prontuário ou com informação insuficiente sobre o evento (n=39) em relação às variáveis selecionadas. As características sociodemográficas da amostra incluída nesta análise são semelhantes àquelas já descritas no Capítulo 4.

A grande maioria dos entrevistados realizou acompanhamento em apenas um dos serviços estudados. Apesar de mais de 90% dos participantes não relatarem dificuldade para marcar consulta de acompanhamento médico em HIV nos serviços de saúde pesquisados, quase 25% destes realizaram menos de duas consultas antes da primeira prescrição de ARV, sendo que 30,6% dos pacientes receberam a primeira prescrição de ARV ainda na primeira consulta e mais de 70% iniciaram a TARV até 120 dias após o início do acompanhamento clínico. A mediana da variável tempo entre a primeira consulta e o início da TARV foi de pouco mais de 30 dias (35,4 dias). Já o intervalo de tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e o início do acompanhamento clínico teve mediana de 46 dias, sendo que 26,8% dos entrevistados apresentaram-se para consulta ligada ao HIV mais de 90 dias após o resultado do primeiro exame positivo para o vírus.

A maioria dos participantes apresentou contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm<sup>3</sup> (54,8%) e sintomas relacionados ao HIV/aids antes da prescrição de ARV (categoria clínica B ou C, 57,1%) e cerca de 30% dos participantes apresentavam manifestações clínicas associadas ao HIV/aids indicativas de imunodeficiência grave Categoria clínica C; (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992), o que indica uma alta proporção de entrevistados (68,4%) que iniciaram tardiamente a TARV (Tabela 10).

A proporção de pacientes que iniciaram os ARV tardiamente foi maior entre aqueles de cor branca ou parda, os mais velhos, as mulheres, os indivíduos solteiros, aqueles com baixa escolaridade, os viúvos ou desquitados, os residentes em Belo Horizonte, os que alegaram não perceber a gravidade do HIV/aids ou não acreditar no tratamento



com ARV como motivos para procurar atendimento nos serviços de saúde, os que relataram acompanhamento em um dos centros, os que relataram uso de preservativo em menos de 50% das relações sexuais em toda a vida, os que utilizaram mais de um serviço e os que relataram dificuldade de marcar consulta, apesar de essas variáveis não terem apresentado diferença estatisticamente significativa. As seguintes características apresentaram maiores diferenças na proporção de início tardio da TARV ( $p<0,15$ ): ter menos de 8 anos de escolaridade ( $p=0,12$ ), estar desempregado(a) ( $p=0,06$ ), não ter tido renda no último mês ( $p<0,01$ ), realizar acompanhamento em um dos serviços ( $p=0,06$ ), ter realizado teste anti-HIV por indicação de um profissional de saúde ( $p<0,01$ ), ter usado drogas injetáveis alguma vez na vida ( $p=0,03$ ), não ter usado álcool no último mês ( $p<0,01$ ) e ter realizado menos de 2 consultas nos 6 últimos meses antes do início da TARV (Tabela 11).

Para um país como o Brasil, onde a TARV, o acompanhamento clínico e o monitoramento são oferecidos gratuitamente a toda a população, essa prevalência é alta. Outro estudo brasileiro (SOUZA JUNIOR; SZWARTWALD; CASTILHO, 2007) mostrou que 41% dos pacientes tinham indicação imediata da TARV na avaliação inicial. Da mesma forma, a prevalência brasileira foi superior à descrita por autores internacionais, em cujos estudos a prevalência de início tardio da TARV variou de 36% a 60% (CURTIS; SABIN; JOHNSON, 2003; GARCIA et al., 2004; HOGG et al., 2001; PALELLA et al., 2003; STÖHR et al., 2007), mas foi semelhante à encontrada por Brook, Curtis e Johnson (2004) (66%).

A presente pesquisa mostrou que uma proporção importante dos participantes não tinha carga viral (CV) registrada em prontuário médico antes do início da TARV (53,2%). Essa constatação aponta para uma dificuldade de monitoramento ambulatorial adequado. Estudo realizado no Rio de Janeiro corrobora nosso achado, mostrando que 56% dos pacientes não apresentavam CV registrada em prontuário antes da prescrição dos ARV (CARMODY et al., 2003). De forma semelhante, estudo realizado no Reino Unido descreveu que 36% dos serviços tinham dificuldade de acesso ao teste de CV (BROOK; CURTIS; JOHNSON, 2004).

Este estudo mostrou que pacientes que iniciaram a TARV menos de 120 dias após a primeira prescrição de ARV apresentaram uma chance cinco vezes maior de início tardio da TARV. Além disso, a associação positiva entre realizar menos de duas consultas antes da TARV e o início tardio do tratamento com ARV mostra que esses indivíduos, por já se apresentarem tardiamente aos serviços de saúde, não realizaram muitas consultas médicas de acompanhamento antes da prescrição dos ARV. A literatura descreve o início tardio do acompanhamento médico como um dos principais fatores que explicam o atraso no início da TARV (BROOK; CURTIS; JOHNSON, 2004; CURTIS; SABIN; JOHNSON, 2003; STÖHR et al., 2007). Brook, Curtis e Johnson (2004) encontraram que a maioria dos pacientes (92,9%) que iniciaram a TARV com contagem de linfócitos T CD4+  $<200$  células/mm<sup>3</sup> também iniciaram tardiamente o acompanhamento clínico.

É preocupante o fato de os indivíduos que realizaram o teste anti-HIV apenas por indicação de um profissional terem apresentado maior proporção de início tardio da TARV quando comparados àqueles que o fizeram apenas por motivo pessoal ou ambos (pessoal e profissional). A indicação de um profissional de saúde para realização do exame anti-HIV aponta para possível presença de manifestações clínicas, sendo um potencial marcador de busca tardia de atenção. Fatores como baixa percepção sobre o risco ou conhecimento sobre HIV/aids, sobre a gravidade de sintomas clínicos ou mesmo a confiança no tratamento, além de outros fatores que marcam o acesso e utilização de serviços, podem explicar parcialmente o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV e, conseqüentemente, o início tardio do tratamento. Os dados da pesquisa comprovam essa observação, considerando que houve maior proporção de pacientes que realizaram o exame anti-HIV por indicação médica entre os que tinham pouco conhecimento sobre HIV/aids (80%) e os que não percebiam a gravidade do HIV/aids (76%) ou que não acreditavam no tratamento. Além disso, mais de 70% dos participantes cujos parceiros não tinham feito exame anti-HIV ou desconheciam a realização do exame por algum parceiro também realizaram o exame apenas por indicação de um profissional de saúde. Esses achados também foram observados em outra pesquisa nacional que mostrou que apenas 8,5% das pessoas sexualmente ativas fizeram o teste anti-HIV por se acharem em risco (PASCOM, 2003). Pesquisas têm mostrado que a baixa percepção do risco de infecção para o HIV e a realização do teste por indicação de um profissional de saúde estão associados a uma chance maior de diagnóstico tardio (CASTILLA et al., 2002; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003; DYBUL et al., 2002; KLEIN et al., 2003; SAMET et al., 2001), conseqüentemente, para início tardio da TARV. Um estudo americano indica que pacientes que realizaram o teste anti-HIV por iniciativa própria tiveram maior percepção do risco, representando apenas 20% dos indivíduos com diagnóstico tardio, enquanto aqueles que realizaram o exame por manifestarem sintomas corresponderam a 65% dos pacientes com atraso no diagnóstico de infecção pelo HIV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003). Esses fatos são preocupantes não somente em relação ao início da TARV, mas também porque, potencialmente, o atraso no diagnóstico pelo HIV pode impedir uma redução substancial do comportamento sexual de alto risco, segundo estudo de metanálise realizado em 2005, corroborando para um aumento da transmissão do HIV (MARKS et al., 2005).

Devem-se realizar esforços para facilitar o acesso da população à realização do teste anti-HIV (p. ex., disponibilização de testes rápidos em serviços de saúde), devendo ser fortemente considerada a realização do anti-HIV de rotina para todo paciente de 13 a 64 anos, visando o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o início do acompanhamento e tratamento ARV em tempo adequado para aqueles com resultado positivo. Entretanto, são necessárias pesquisas que avaliem o custo-efetividade

da adoção dessa medida no Brasil, além de estudos complementares que melhor identifiquem os fatores relacionados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV. Deve-se considerar também a elaboração de estratégias direcionadas para melhorar a percepção dos indivíduos sobre a infecção, por meio, por exemplo, de campanhas publicitárias que possam contribuir para estimular a população a realizar o teste anti-HIV. Essas medidas devem ser conjugadas com um adequado acolhimento dos indivíduos nos serviços de saúde e aconselhamento sobre mudanças de comportamentos de risco, a fim de diminuir o número de pacientes que iniciam a TARV tardiamente, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida e uma potencial redução da transmissão do HIV para pessoas não infectadas.

**TABELA 10**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+ E CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA ANTES DO INÍCIO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003 (N=310).**

| <b>Contagem de linfócitos T CD4+ antes do início TARV</b> | <b>Classificação clínica antes do início TARV</b> |                    |                    | <b>Total</b> |
|---|---|--------------------|--------------------|--------------|
|   | <b>Categoria A</b>                                | <b>Categoria B</b> | <b>Categoria C</b> |              |
| ≥350 células/mm <sup>3</sup>                              | 16  | 11                 | 8*                 | 35           |
| 200 – 349 células/mm <sup>3</sup>                         | 55  | 16                 | 15*                | 86           |
| <200 células/mm <sup>3</sup>                              | 62*   | 51*                | 57*                | 170          |
| <i>Missings</i>   | 0   | 0                  | 19*                | 19           |
| <b>Total</b>  | 133   | 78                 | 99                 | 310          |

\* Valores absolutos que compõem o evento: início tardio da TARV [n=212 (68,4%)].

TABELA 11

PREVALÊNCIA DE INÍCIO TARDIO DA TARV DE ACORDO COM VARIÁVEIS SELECIONADAS. PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003 (N=310).

| Variáveis   | n   | Início tardio<br>n (%) <sup>a</sup> | p-valor |
|---|-----|-------------------------------------|---------|
| Escolaridade  |     |                                     |         |
| ≥ 8 anos  | 156 | 100 (64,3)                          |         |
| < 8 anos  | 153 | 111 (72,5)                          | 0,11    |
| Trabalho  |     |                                     |         |
| Empregado   | 195 | 125 (64,1)                          |         |
| Desempregado  | 112 | 84 (75,0)                           | 0,05    |
| Renda individual no último mês                        |     |                                     |         |
| Sim   | 185 | 113 (61,1)                          |         |
| Não   | 122 | 96 (78,7)                           | <0,01   |
| Motivo para realizar o teste anti-HIV                 |     |                                     |         |
| Pessoal/Ambos   | 107 | 58 (54,2)                           |         |
| Profissional  | 186 | 138 (74,2)                          | <0,01   |
| Algum parceiro sexual HIV+                            |     |                                     |         |
| Sim   | 111 | 59 (53,1)                           |         |
| Não   | 42  | 29 (69,0)                           | 0,07    |
| Acredita no tratamento com ARV                        |     |                                     |         |
| Sim   | 250 | 162 (64,8)                          | 0,11    |
| Não   | 44  | 34 (77,3)                           |         |
| Conhecimento sobre HIV/aids                           |     |                                     |         |
| Razoável  | 279 | 186 (66,7)                          | 0,05    |
| Pouco   | 31  | 26 (83,9)                           |         |
| Uso de substâncias ilícitas alguma vez na vida        |     |                                     |         |
| Não fez uso   | 230 | 153 (66,5)                          |         |
| Drogas não injetáveis                                 | 61  | 42 (68,8)                           | 0,93    |
| Drogas injetáveis                                     | 19  | 17 (89,5)                           | 0,04    |
| Centro  |     |                                     |         |
| HEM   | 57  | 33 (57,9)                           |         |
| CTR   | 253 | 179 (70,7)                          | 0,06    |
| Nº de consultas nos 6 meses antes do início da TARV   |     |                                     |         |
| ≥ 2 consultas   | 214 | 131 (61,2)                          |         |
| < 2 consultas   | 73  | 60 (82,2)                           | <0,01   |
| Tempo entre 1ª consulta no serviço e o início da TARV |     |                                     |         |
| ≥ 120 dias  | 77  | 28 (36,4)                           |         |
| Início imediato – 119 dias                            | 233 | 184 (79,0)                          | <0,01   |

<sup>a</sup> Número e proporção de início tardio em cada categoria.

## COMPREENSÃO DAS ORIENTAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO<sup>2</sup>

### RELEVÂNCIA DO TEMA

A efetividade de um fármaco não depende apenas de sua eficácia clínica, mas também de outros fatores, entre os quais cabe destacar as condutas e as características específicas dos pacientes tratados, de uma prescrição adequada e do próprio medicamento. De todos os atores que intervêm no processo do uso de medicamentos, o paciente assume um papel central na consecução da efetividade e segurança desses produtos (BAENA et al., 2005). Assim, os pacientes necessitam de orientação, informação, instruções e advertências sobre o uso dos medicamentos que lhes permitam ter os conhecimentos essenciais para compreender, aceitar e adquirir as habilidades necessárias para utilizar os fármacos de maneira apropriada (AKICI et al., 2004). A falta de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os pacientes influi na não adesão ao tratamento prescrito (FLETCHER et al., 1979; GELLATRY et al., 2005; GUSTAFSSON et al., 2005; JAYE; HOPE; MARTIN, 2002; MILLER et al., 2003; ORDÓÑEZ SOTO et al., 1996; WOLF et al., 2005).

O sucesso da terapêutica não requer somente tomar o medicamento apropriado, mas depende também da adequação de sua tomada, respeitando os cuidados com a alimentação e as precauções específicas, além de prevenir efeitos secundários e interações. Isso só pode ser alcançado se o paciente tiver acesso às informações, entendendo-as e, em seguida, colocando-as em prática. O acompanhamento sistemático e consistente desse processo pode gerar a melhoria da compreensão e a consequente adesão aos medicamentos, com recompensas na saúde do paciente (MANSOOR; DOWSE, 2006). Isso porque a necessidade de informação é dinâmica e influenciada por uma vasta gama de características. Na perspectiva dos pacientes, as informações, para serem efetivas, devem ser adaptadas à sua situação específica e preocupações, sendo revistas frequentemente ao longo do tempo (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007).

A compreensão da prescrição dos medicamentos pode ser influenciada por diversos fatores, como as características dos indivíduos, do esquema prescrito, dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde. A compreensão insuficiente sobre o uso correto dos medicamentos e a falta de informação sobre os riscos advindos do não cumprimento da terapia prescrita são aspectos que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento (BRASIL, 2008a). Fornecer orientação e informação aos pacientes sobre os seus medicamentos é um princípio essencial da farmacoterapia racional (MILLER et al., 2003), que busca assegurar sua adequada utilização. Entretanto, essa prática não tem sido satisfatória no processo de atendimento ao paciente. Observou-se que de 17 a

---

<sup>2</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em: Ceccato et al. (2004), Ceccato et al. (2008) e Ceccato et al. (2009).

30% dos pacientes com novas prescrições não receberam informações verbais de seus médicos e de 30 a 87% não as receberam dos farmacêuticos (WIEDERHOLT; CLARRIDGE; SVARSTAD, 1992). A ausência de informações acerca dos medicamentos é apontada como uma das principais razões pelas quais 30 a 50% dos pacientes não usaram os medicamentos conforme a prescrição (MARWICK, 1997). Uma comunicação inadequada entre o paciente e o profissional de saúde, sobre os medicamentos e o cumprimento da prescrição, tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica (GELLAITRY et al., 2005) e constitui um dos mais frequentes relatos de dificuldades na relação médico-paciente, durante entrevistas com indivíduos infectados pelo HIV (ACURCIO; GUIMARÃES, 1999). A literatura enfatiza a importância de fornecer aos pacientes informações por escrito, como meio de reforçar as instruções verbais e, assim, aumentar a compreensão do regime terapêutico prescrito (MANSOOR; DOWSE, 2006; ORDÓÑEZ SOTO et al., 1996; TAILOR et al., 2000).

Apesar da conscientização quanto à importância da compreensão da prescrição médica pelo paciente e da necessidade de se medir o seu grau, existem poucos estudos enfocando aspectos relativos a essa compreensão. Existem ainda menos estudos enfocando a compreensão da TARV (ASCIONE; KIRSCHT; SHIMP, 1996; MANSOOR; DOWSE, 2006; ORDÓÑEZ SOTO et al., 1996).

O desenvolvimento de uma medida acurada da compreensão, por parte dos pacientes, dos esquemas terapêuticos utilizados adquire grande relevância para subsidiar ações dos profissionais de saúde, no sentido de garantir uma maior adesão e efetividade no tratamento, especialmente no início da terapia.

## **ANÁLISE E COMENTÁRIOS**

A definição de compreensão da prescrição e os procedimentos metodológicos para sua mensuração estão apresentados no Capítulo 3. Realizou-se uma análise transversal de aspectos relacionados à compreensão de informações sobre os medicamentos prescritos. Uma primeira análise, de caráter descritivo, avaliou a compreensão da informação relativa ao tratamento com ARV, sendo que o nível dessa compreensão foi medido mediante uma escala na qual se atribuiu uma pontuação padronizada para cada item, de acordo com sua importância para o uso seguro dos medicamentos (CECCATO et al., 2004). Posteriormente, avaliou-se ser necessário aperfeiçoar a metodologia utilizada para a medida de compreensão da TARV e desenvolveu-se um novo escore da compreensão do paciente para cada medicamento prescrito, utilizando um modelo de traço latente estimado pela TRI (CECCATO et al., 2008).

Foram incluídos nesta análise os 406 indivíduos elegíveis para participar do Projeto ATAR, sendo a descrição de suas características apresentada no Capítulo 4. Em relação à TARV, utilizaram-se 23 regimes de ARV distintos (Tabela 9, Capítulo 4). A utilização

concomitante de fármacos de uso contínuo e regular aos ARV foi relatada por 157 (40,6%) participantes. O número de comprimidos diários do esquema ARV variou entre 1 a 21, com média de  $8,4 \pm 4,3$  comprimidos (mediana = 8,0).

No que se refere ao número de profissionais de saúde provedores de orientação, 6,7% dos pacientes receberam orientações de três profissionais de saúde; 80,5%, de dois; 12,5% de apenas um ou ficaram sem orientação profissional. Trezentos e oitenta e um pacientes (93,8%) receberam orientação do médico, 367 (90,4%) receberam orientação do farmacêutico e apenas 39 (8,9%) receberam orientação do enfermeiro. Na Tabela 9, Capítulo 4, apresenta-se a distribuição de frequência da ocorrência de orientação, realizada pelo médico e pelo farmacêutico, quanto a aspectos importantes da terapia antirretroviral. Conforme se observa, tanto para o médico quanto para o farmacêutico, uma pequena proporção dos pacientes reportou ter sido orientada quanto à conduta ao esquecer-se de tomar o medicamento e ao uso concomitante de álcool, sendo que aproximadamente um terço dos mesmos não foram alertados quanto às consequências da interrupção do tratamento. As maiores proporções de orientação foram observadas para nome, horário e quantidade dos medicamentos. Em geral, as proporções de respostas afirmativas para orientação farmacêutica foram superiores às aquelas para orientação médica.

O nível de entendimento da informação do médico, segundo a percepção do paciente, foi considerado total ou elevado por 284 (70,0%) pacientes. O nível de entendimento da informação do farmacêutico, segundo a percepção do paciente, foi total ou elevado segundo 321 (79,1%) pacientes. Houve maior proporção de pacientes que entenderam completamente a orientação farmacêutica do que os que entenderam completamente a orientação médica (Tabela 9, Capítulo 4).

Analisando-se o total de medicamentos antirretrovirais, comparou-se a informação relativa aos ARV prescritos e a resposta do paciente em relação a cada item. Observou-se um índice de concordância de 92,4% em relação à compreensão da dose a ser tomada, de 83,3% à frequência de administração e de 72,2% ao nome do medicamento. Considerando-se a possibilidade de orientação verbal e comparando-se a resposta do paciente com a prescrição ou o Consenso (BRASIL, 2008b), as proporções de concordância para os itens referentes às recomendações quanto à alimentação, reações adversas e precauções, foram, respectivamente, 69,0%, 58,8% e 19,7% (Tabela 12).

Na Tabela 13 é apresentada a distribuição de frequência dos esquemas ARV prescritos e os respectivos níveis de compreensão pelos pacientes. O cálculo do nível global de compreensão da prescrição de ARV foi possível para 377 participantes. Esse nível de compreensão apresentou média de 7,6 ( $DP=1,5$ ;  $variância=2,37$ ) e mediana de 8,0, tendo sido classificado como insuficiente ( $<7,0$ ) para 102 (27,1%) entrevistados. Considerando os valores da mediana, os melhores níveis de compreensão foram observados para os esquemas AZT + ddl + IDV e AZT + ddl + nelfinavir.

Os resultados referentes à compreensão obtidos utilizando a TRI podem ser verificados detalhadamente em Ceccato et al. (2008). O nível de compreensão da prescrição da terapia ARV, estimado por meio de modelo hierárquico de 2 níveis, na escala (50:5), apresentou média de 49,93 e amplitude entre 32,57 e 57,73. Os pontos selecionados da escala, em ordem crescente, correspondem aos níveis âncora (Figura 14). Esse procedimento possibilitou diferenciar os indivíduos, sequencialmente, entre aqueles que não possuíam conhecimento mínimo para acertar qualquer item do esquema ARV prescrito e aqueles que acertaram apenas a dose, ou a dose e a frequência, e assim sucessivamente. Observou-se que a proporção de indivíduos que não atingiram um nível mínimo de compreensão do tratamento, ou seja, não tiveram conhecimento suficiente para acertar os itens *dose*, *frequência de administração* e *nome* do ARV (49,6 pontos na escala), foi de 37,9%.

Foram observadas lacunas relevantes quanto à orientação sobre aspectos importantes relacionados à terapia ARV e ao entendimento dessas orientações. Este estudo constatou que a maioria dos participantes foi orientada por dois profissionais de saúde, situação que oferece maior oportunidade de esclarecimento de eventuais dúvidas por parte dos pacientes. No que diz respeito ao conhecimento sobre o modo de ação dos antirretrovirais, conteúdo que a atividade de orientação deveria contemplar, verificou-se que em torno de um quarto da população investigada não tinha nenhuma informação ou tinha informações equivocadas a respeito da terapia. Além disso, cerca de 20% desconheciam a necessidade de se tomarem os medicamentos durante toda a vida. Resultados semelhantes foram achados em outros estudos sobre doenças crônicas (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007), que relatam grande proporção de pacientes que não compreenderam o papel dos medicamentos e tinham várias ideias equivocadas, reduzindo, então a disposição para usá-los.

Identificaram-se maiores proporções de pacientes que receberam orientações farmacêuticas e que as entenderam completamente, em comparação com os resultados da orientação médica. Esse achado está em conformidade com vários estudos em que se observaram falhas de comunicação na relação entre médico e pacientes (FLETCHER et al., 1979; GELLAITRY et al., 2005; GUSTAFSSON et al., 2005; JAYE; HOPE; MARTIN, 2002; MILLER et al., 2003; ORDÓÑEZ SOTO et al., 1996; WOLF et al., 2005; WOLF et al., 2007). A análise detalhada do processo de comunicação entre médicos ou outros profissionais de saúde e os pacientes é essencial para melhorar o cuidado médico (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002). Uma possível explicação para o ocorrido é o fato de que os pacientes passam pela orientação farmacêutica após terem sido atendidos pelo médico. O farmacêutico reforça as instruções fornecidas pelos médicos e, além disso, dispensa um tempo maior para os temas específicos da terapia prescrita pelo médico. A atuação do farmacêutico visando promover a melhoria da qualidade das informações sobre o esquema terapêutico tem sido apontada em vários estudos que abordam esse



tema. Para exemplificar, o trabalho desenvolvido por Guerrault et al. (2005) mostrou que 72,2% dos entrevistados desejavam ter uma consulta farmacêutica; dentre esses, 55,4% prefeririam que esta fosse realizada imediatamente após a consulta médica. Os assuntos que eles gostariam que fossem abordados eram: interações medicamentosas (51%), efeitos secundários (49%) e o que fazer depois de esquecer uma dose (44%).

Na primeira estratégia metodológica utilizada para medir o nível global de compreensão da prescrição dos ARV, esse nível foi classificado como insuficiente por 27,1% dos entrevistados. Tal resultado preocupa e indica a necessidade de se aprofundar a análise, visando identificar os fatores que se relacionam com o nível insuficiente de compreensão da TARV.

Na segunda estratégia metodológica utilizada (TRI), encontrou-se uma proporção de 37,9% indivíduos que não atingiram um nível mínimo de compreensão da terapia. Esse achado sinaliza um alto risco potencial de não adesão ao tratamento, vez que a proporção encontrada foi ainda maior do que a da primeira estratégia, em relação à mesma população. A diferença observada pode ser devida, principalmente, a um aumento de sensibilidade proporcionado pelo método de mensuração empregado no estudo, o que reforça a adequação de sua escolha. Outro resultado relevante obtido com esse método foi a comprovação das distintivas características dos itens avaliados. Ascione, Kirscht e Shimp (1986) demonstraram que o conceito *conhecimento sobre o medicamento* abrange diferentes itens, cuja importância deve ser distinguida de acordo com as características do paciente, do tratamento e das condições em que o medicamento será utilizado.

O grau mais alto de dificuldade foi observado para o item *precauções*, e a menor facilidade de acerto, para *reações adversas* e *alimentação*, o que mostra coerência com os resultados de outras análises que incluíram esses itens (SILVA; SCHENKEL; SOTERO, 2000). Uma proporção muito pequena dos indivíduos respondeu a essas questões e uma proporção ainda menor os acertou. A falta ou insuficiência de informação fornecida diretamente ao paciente e por meio das receitas médicas pode ser devida a uma valoração secundária desses itens. Ademais, a probabilidade de o paciente, por autossugestão, manifestar reações adversas informadas pelos profissionais de saúde pode desestimular um esclarecimento detalhado sobre esse item, pelas possíveis consequências na adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância das recomendações sobre a alimentação, contidas no Consenso (BRASIL, 2008b), sendo algumas delas específicas para o uso correto e absorção adequada de determinados medicamentos.

Os itens com maior grau de acerto foram *dose*, *frequência de administração* e *nome* dos ARV, resultado também coerente com os obtidos em outros trabalhos (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002; MILLER et al., 2003; SILVA; SCHENKEL; SOTERO, 2000). Apesar da maior facilidade observada para esses itens, os resultados indicam falhas no conhecimento sobre a terapia ARV. A proporção de erros foi de 8,6%, 16,7% e 27,8% para,

respectivamente, dose, frequência e nome. Esse resultado preocupa, uma vez que esses itens são considerados de grande importância para o uso seguro dos medicamentos.

Os resultados deste estudo mostraram uma variabilidade individual na compreensão da informação sobre a TARV por parte dos pacientes e corroboram a importância de se proverem as informações necessárias e de assegurar que os pacientes compreendam o tratamento prescrito para o seu adequado cumprimento, especialmente no início da terapia ARV. Conhecer o nível dessa compreensão e identificar os fatores que a influenciam são aspectos cruciais para intervir efetivamente no processo de adesão ao tratamento. Na literatura, alguns fatores têm sido associados a uma baixa compreensão do tratamento, como a idade (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002) a escolaridade (AKICI et al., 2004; MILLER et al., 2003), a renda (MILLER et al., 2003; JAYE; HOPE; MARTIN, 2002), o número de medicamentos prescritos (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002; WOLF et al., 2005), a comorbidade e os medicamentos prescritos (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002; FLETCHER et al., 1979) e a complexidade da terapia prescrita (JAYE; HOPE; MARTIN, 2002). Entre os participantes do projeto ATAR também foram identificados vários fatores que se associaram com o grau de compreensão da TARV, como as características do paciente (escolaridade e gravidade clínica), do tratamento (dose diária e esquema TARV) e dos profissionais sanitários (médicos e farmacêuticos) que atendem aos pacientes (CECCATO et al., 2009). Os resultados do estudo reforçam a importância do papel de educadores que têm os médicos e os farmacêuticos na compreensão da TARV por parte do paciente. Apontam, também, a necessidade de se desenvolverem estratégias individualizadas para aumentar o grau de compreensão da terapia, mediante medidas educativas que tenham em conta as limitações individuais e que motivem os indivíduos para a adoção de atitudes no sentido de solicitar informação, esclarecer suas dúvidas e buscar entender melhor a informação recebida sobre a TARV.

**TABELA 12**

**CONCORDÂNCIA ENTRE AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS ANTIRRETROVIRAIS PRESCRITOS E AS RESPOSTAS DOS PACIENTES, BELO HORIZONTE, 2001-2003.**

| <b>Características</b>        | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| DOSE *                        | 712      | 92,4     |
| Frequência de administração * | 704      | 83,3     |
| Nome do medicamento*          | 556      | 72,2     |
| Reações adversas *            | 469      | 69,0     |
| Alimentação *                 | 366      | 58,8     |
| Precauções *                  | 117      | 19,7     |
| Duração do tratamento †       | 326      | 80,3     |
| Indicação †                   | 282      | 69,5     |

\* o N se refere ao número de medicamentos prescritos = 872.

† o N se refere ao número de pacientes elegíveis participantes e respostas válidas = 406.

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS ESQUEMAS ANTIRRETROVIRAIS UTILIZADOS E RESPECTIVOS NÍVEIS DE COMPREENSÃO DO TRATAMENTO PELOS PACIENTES, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.

| Esquema ARV‡        | Frequência |            | Nível de compreensão |            |             |
|---------------------|------------|------------|----------------------|------------|-------------|
|                     | n          | %          | Média ± DP§          | Mediana    | Variância   |
| AZT + ddl + IDV     | 3          | 0,7        | 8,9 ± 0,94           | 8,8        | 0,90        |
| AZT + ddl + NFV     | 21         | 5,4        | 8,3 ± 1,13           | 8,6        | 1,30        |
| 3TC + d4T + NFV     | 8          | 2,2        | 7,0 ± 1,99           | 8,4        | 3,98        |
| AZT/3TC + IDV + RTV | 15         | 3,9        | 8,0 ± 0,99           | 8,3        | 0,97        |
| AZT/3TC + NFV       | 96         | 25,4       | 7,9 ± 1,50           | 8,3        | 2,26        |
| ddl + d4T + NFV     | 6          | 2,0        | 7,4 ± 2,18           | 8,2        | 4,77        |
| AZT/3TC + NVP       | 56         | 14,0       | 7,8 ± 1,39           | 8,1        | 1,91        |
| AZT                 | 24         | 6,2        | 7,4 ± 1,79           | 7,9        | 3,19        |
| ddl + d4T + EFZ     | 6          | 1,7        | 7,3 ± 1,86           | 7,9        | 3,44        |
| AZT + ddl + NVP     | 7          | 1,7        | 8,1 ± 0,96           | 7,8        | 0,92        |
| AZT/3TC + IDV       | 20         | 5,4        | 7,2 ± 2,17           | 7,8        | 4,72        |
| 3TC + d4T + NVP     | 2          | 0,7        | 7,7 ± 0,56           | 7,7        | 0,32        |
| AZT/3TC + EFZ       | 94         | 25,4       | 7,4 ± 1,34           | 7,6        | 1,79        |
| 3TC + d4T + EFZ     | 3          | 1,0        | 7,5 ± 0,58           | 7,5        | 0,34        |
| AZT/3TC + LPV/RTV   | 2          | 0,5        | 7,3 ± 2,72           | 7,3        | 7,41        |
| AZT / 3TC           | 4          | 1,0        | 6,9 ± 1,72           | 6,5        | 2,97        |
| AZT + ddl + EFZ     | 4          | 1,0        | 6,1 ± 1,34           | 6,2        | 1,80        |
| 3TC + d4T + IDV     | 2          | 0,5        | 5,5 ± 4,09           | 5,5        | 16,72       |
| AZT + DDI           | 1          | 0,2        | 5,6 ± 0,00           | 5,6        | 0,00        |
| d4T + ddl + NVP     | 1          | 0,2        | 7,6 ± 0,00           | 7,6        | 0,00        |
| AZT/3TC + RTV + SQV | 1          | 0,2        | 5,4 ± 0,00           | 5,4        | 0,00        |
| 3TC + d4T + LPV/RTV | 1          | 0,5        | 4,9 ± 0,00           | 4,9        | 0,00        |
| <b>Global</b>       | <b>377</b> | <b>100</b> | <b>7,6 ± 1,5</b>     | <b>8,0</b> | <b>2,37</b> |

§ DP: Desvio padrão

‡ ARV:

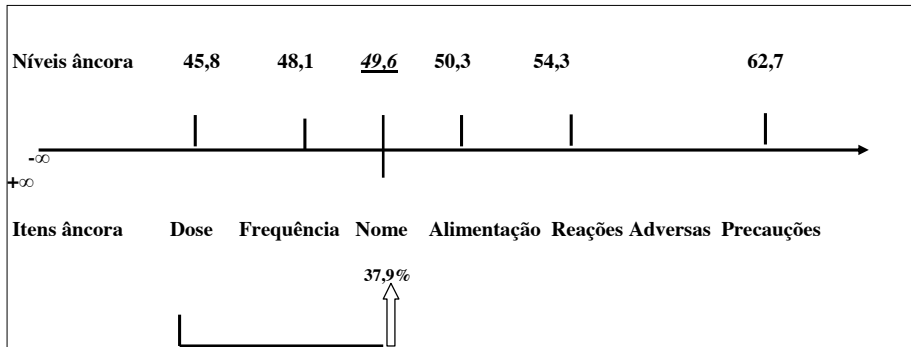
ITRN - Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo: AZT (zidovudina), ddl (didanosina), d4T (estavudina), 3TC (lamivudina);

ITRNN - Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo: NVP (nevirapina), EFZ (efavirenz);

IP - Inibidores da protease: NFV (nelfinavir), IDV (indinavir), RTV (ritonavir), SQV (saquinavir), LPV (lopinavir).

**FIGURA 14**

**ESCALA DA COMPREENSÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A TARV, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.**



## **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS (ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA)<sup>3</sup>**

### **ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

#### **RELEVÂNCIA DO TEMA**

Fatores psicossociais, como ansiedade e depressão, podem contribuir negativamente para a modificação do curso da infecção pelo HIV, piorando a função imune do organismo (EVANS et al., 2002) ou influenciando o comportamento do paciente por meio de sentimentos de desesperança e apatia, autonegligência e esquecimento (PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000).

O período que precede o início da terapia antirretroviral (TARV) é um momento crítico para detectar barreiras potenciais à adesão ao tratamento, como a presença de ansiedade e depressão, passíveis de serem identificadas e tratadas adequadamente. Além disso, sintomas ou transtornos psiquiátricos são comuns entre pacientes com doenças crônicas, inclusive a infecção pelo HIV/aids. Dados de uma metanálise indicaram que a prevalência do transtorno de depressão foi cerca de duas vezes mais comum entre pessoas vivendo com HIV/aids do que na população em geral (CIESLA;

<sup>3</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Campos (2004).

ROBERTS, 2001). Outros autores mostraram que a prevalência de ansiedade e depressão entre portadores de HIV/aids variou de 25% a 77% e de 10% a 87%, respectivamente (CHANDRA et al., 1998; CHANDRA et al., 2003; COOK et al., 2002; SERVELLEN et al., 2002; SUAREZ et al., 2002; TOSTES; CHALUB; BOTEAGA, 2004). As diferenças encontradas podem ser devidas a fatores ligados à população estudada e à metodologia aplicada, tais como: delineamento do estudo, heterogeneidade populacional, variedade dos instrumentos e critérios diferentes para a definição do evento (CHANDRA et al., 2003; CHANDRA et al., 1998; SERVELLEN et al., 2002). Apesar da variabilidade metodológica, vários fatores de risco para ansiedade e depressão têm sido citados na literatura médica internacional: sexo feminino (MAJ, 1996); baixa escolaridade (SERVELLEN et al., 2002); desemprego (BING et al., 2001); diagnóstico de aids do parceiro (CHANDRA et al., 1998); uso de droga injetável (UDI) (PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000); abuso de álcool e drogas ilícitas (BING et al., 2001; CHANDRA et al., 1998); carga viral elevada (EVANS et al., 2002); baixa contagem de linfócitos T CD4+ (ICKOVICS et al., 2001); presença de sintomas clínicos de aids (MAJ, 1996; SERVELLEN et al., 2002); história pregressa de depressão (PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000); homens que fazem sexo com homens (HSH) (PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000; PERKINS et al., 1994).

Além disso, depressão e ansiedade têm sido descritos como importantes preditores de não adesão à terapia antirretroviral (MALASSIOTIS et al., 2002). Servellen et al. (2002) encontraram uma chance maior de desenvolver não adesão à terapia antirretroviral entre pacientes que apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão. Da mesma forma, Tucker et al. (2003) indicaram que pacientes com transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada ou transtorno do pânico tinham uma chance aproximadamente duas vezes maior de serem não aderentes em comparação com aqueles sem transtorno psiquiátrico. Outros estudos indicaram que pacientes portadores da infecção pelo HIV/aids com depressão que estavam recebendo assistência psiquiátrica somente ou combinada com medicamentos antidepressivos tinham uma chance cerca de duas vezes maior de serem aderentes à terapia antirretroviral (TURNER et al., 2003). É provável que a avaliação precoce de sintomas psiquiátricos antes do início da terapia antirretroviral possa ajudar a identificar populações-alvo para receber intervenções específicas (p. ex., aconselhamento, psicoterapia, tratamento farmacológico) e contribuir potencialmente para melhorar a adesão ao tratamento (WU, 2001; PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000).

Apesar da bem sucedida política de distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais, há pouca informação científica publicada sobre a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão entre as pessoas vivendo com o HIV/aids no Brasil e nenhuma estimativa produzida antes do início do tratamento antirretroviral.

O objetivo desta análise de corte-transversal foi determinar a prevalência inicial de sintomas de ansiedade e depressão entre os participantes do Projeto ATAR. Para

melhor caracterizar os transtornos do humor em indivíduos infectados pelo HIV/aids em início de TARV, foi avaliada a relação entre ocorrência de ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas, comportamentais, relacionadas ao uso do serviço de saúde e clínicas.

## ANÁLISE E COMENTÁRIOS

Para esta análise, considerou-se a medida de ansiedade e depressão realizada por meio da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HAD) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), no momento em que os pacientes receberam a primeira prescrição de ARV, descrita no Capítulo 3. A HAD tem sido amplamente validada em culturas diversas, inclusive no Brasil (BOTEGA et al., 1995; BOTEGA et al., 1998), e aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de hospital geral ou da atenção primária, principalmente para o rastreamento de ansiedade e depressão, pois o diagnóstico final deve ser firmado após avaliação médica especializada. Com base nesse critério, definiu-se *ansiedade* e *depressão* como uma pontuação para o escore agregado maior que 10 nas respectivas subescalas. Optou-se por não considerar como evento a presença de ansiedade e depressão leve ou ‘subclínica’, a fim de evitar a diluição da força de associação. Foram incluídos os indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade para participar do Projeto ATAR e que responderam à HAD (n=386).

A prevalência encontrada para ansiedade e depressão moderada a grave, considerando ponto de corte maior que 10, foi 35,8% e 21,8%, respectivamente, sendo que 62 pacientes (16,1%) apresentaram depressão e ansiedade concomitantemente. O percentual de pacientes que apresentavam algum grau de ansiedade e depressão também foi alto, perfazendo 52,6% e 42,0% da amostra, respectivamente (Tabela 14, Figura 15). Entre as variáveis sociodemográficas, observou-se maior proporção ( $p < 0,05$ ) de ansiedade para os pacientes do sexo feminino com baixa escolaridade, renda individual mensal menor ou igual a 1 salário mínimo e condições precárias de moradia, sem plano de saúde. Maior proporção de ansiedade moderada a grave foi observada entre indivíduos que utilizaram preservativo irregularmente durante toda a vida, comparados com aqueles que o utilizaram regularmente. Ressalta-se que a categoria de exposição UDI apresentou maior proporção de ansiedade. As variáveis “ter dificuldade em procurar o serviço de saúde” e “estar recebendo acompanhamento psicológico” mostraram uma associação positiva com o evento. “Sentir-se constrangido no serviço” também implicou uma chance cerca de duas vezes maior de ocorrência de ansiedade moderada a grave (Tabela 15).

Houve maior proporção de depressão relacionada aos fatores: sexo feminino, baixa escolaridade, renda individual mensal menor igual a 1 salário mínimo, condições precárias de moradia, viver sozinho(a) e não ter plano de saúde. Entre as variáveis

comportamentais, observou-se maior proporção de depressão moderada a grave entre aqueles participantes que não contaram para alguém próximo sobre ser HIV-positivo, não tiveram parceiro sexual e não fizeram uso de bebida alcoólica no último mês (Tabela 15).

TABELA 14

GRAU DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE OS PARTICIPANTES (N=386), PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (MG), 2001-2003.

| Grau               | Ansiedade (HAD-A)<br>n (%) | Depressão (HAD-D)<br>n (%) |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ausente            | 183 (47,4)                 | 224 (58,0)                 |
| Leve ou subclínico | 65 (16,8)                  | 78 (20,2)                  |
| Moderado           | 88 (22,8)                  | 60 (15,6)                  |
| Grave              | 50 (13,0)                  | 24 (6,2)                   |

FIGURA 15

DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O GRAU DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA ENTREVISTA BASAL, PROJETO ATAR, 2001-2003.

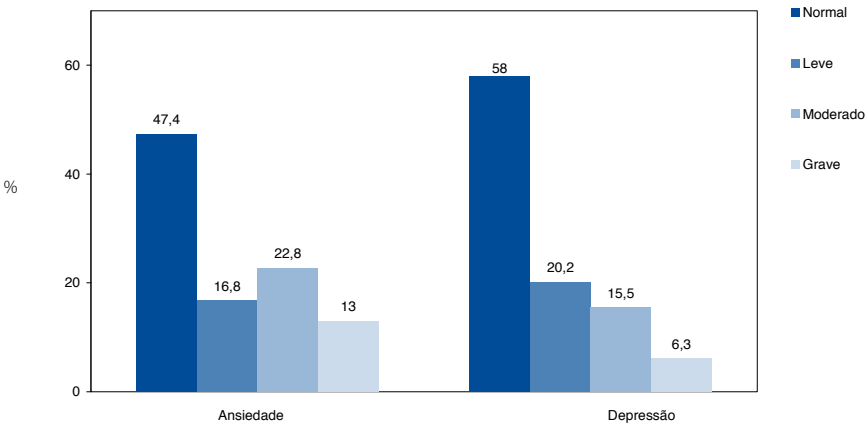


TABELA 15

ANÁLISE UNIVARIADA DE SINTOMAS MODERADOS/GRAVES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO INÍCIO DO TRATAMENTO, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.

| Características                            | n<br>total | Ansiedade          |         | Depressão          |         |
|--|------------|--------------------|---------|--------------------|---------|
|  |            | n (%) <sup>1</sup> | p-valor | n (%) <sup>2</sup> | p-valor |
| <b>Características sociodemográficas</b>   |            |                    |         |                    |         |
| Sexo:                                      |            |                    |         |                    |         |
| Masculino                                  | 219        | 66 (30,1)          |         | 36 (16,4)          |         |
| Feminino                                   | 167        | 72 (43,1)          | 0,008** | 48 (28,7)          | 0,004** |
| Escolaridade formal:                       |            |                    |         |                    |         |
| ≥8 anos                                    | 187        | 56 (30,0)          |         | 26 (13,9)          |         |
| <8 anos                                    | 199        | 82 (41,2)          | 0,021*  | 58 (29,2)          | 0,001** |
| Valor renda individual no último mês:      |            |                    |         |                    |         |
| >1 SM <sup>3</sup>                         | 150        | 43 (28,7)          |         | 18 (12,0)          |         |
| ≤1 SM <sup>3</sup>                         | 232        | 92 (40,0)          | 0,028*  | 64 (27,6)          | 0,001** |
| Moradia:                                   |            |                    |         |                    |         |
| Casa/Apartamento                           | 280        | 91 (32,5)          |         | 52 (18,6)          |         |
| Barraco/Quarto/Outro                       | 106        | 47 (44,3)          | 0,030*  | 32 (30,2)          | 0,014*  |
| Vive sozinho(a):                           |            |                    |         |                    |         |
| Não  | 326        | 113 (34,7)         |         | 65 (19,9)          |         |
| Sim  | 60         | 25 (41,7)          | 0,298   | 19 (31,7)          | 0,043*  |
| Plano de saúde:                            |            |                    |         |                    |         |
| Sim  | 89         | 23 (25,8)          |         | 8 ( 9,0)           |         |
| Não  | 297        | 115 (38,7)         | 0,026*  | 76 (25,6)          | 0,001** |
| <b>Características comportamentais</b>     |            |                    |         |                    |         |
| Falou para alguém próximo sobre ser HIV+:  |            |                    |         |                    |         |
| Sim  | 334        | 119 (35,6)         |         | 67 (20,1)          |         |
| Não  | 32         | 19 (36,5)          | 0,899   | 17 (32,7)          | 0,040*  |
| Teve parceiro sexual no último mês:        |            |                    |         |                    |         |
| Sim  | 187        | 62 (33,2)          |         | 30 (16,0)          |         |
| Não  | 199        | 76 (38,2)          | 0,302   | 54 (27,1)          | 0,008** |
| Uso de preservativo durante a vida toda:   |            |                    |         |                    |         |
| Regular                                    | 127        | 35 (27,6)          |         | 17 (13,4)          |         |
| Irregular                                  | 256        | 102 (39,8)         | 0,018*  | 66 (25,8)          | 0,006** |
| Frequência do uso atual de tabaco:         |            |                    |         |                    |         |
| Não fuma                                   | 254        | 85 (33,5)          |         | 49 (19,3)          |         |
| 1 - 10 cigarros/dia                        | 78         | 31 (39,7)          | 0,309   | 19 (24,4)          | 0,332   |
| >10 cigarros/dia                           | 54         | 22 (40,7)          | 0,307   | 16 (29,6)          | 0,090   |
| Frequência do uso de álcool no último mês: |            |                    |         |                    |         |
| Até 1 vez/semana                           | 100        | 37 (37,0)          |         | 15 (15,0)          |         |
| Pelo menos 3 vezes/semana                  | 32         | 10 (31,3)          | 0,554   | 6 (18,8)           | 0,614   |
| Não bebeu                                  | 247        | 89 (36,0)          | 0,865   | 63 (25,5)          | 0,033*  |
| Categoria de exposição:                    |            |                    |         |                    |         |
| Heterossexual                              | 282        | 96 (34,0)          |         | 63 (22,3)          |         |
| HSH  | 73         | 31 (42,5)          | 0,180   | 14 (19,2)          | 0,559   |
| UDI  | 14         | 8 (57,1)           | 0,077   | 5 (35,7)           | 0,245   |
| Transfusão                                 | 17         | 3 (17,7)           | 0,163   | 2 (11,8)           | 0,243   |

CONTINUA



|  |            | Ansiedade          |         | Depressão          |         |
|--|------------|--------------------|---------|--------------------|---------|
| Características  | n<br>total | n (%) <sup>1</sup> | p-valor | n (%) <sup>2</sup> | p-valor |
| <b>Características relacionadas ao serviço de saúde e clínicas</b> |            |                    |         |                    |         |
| Tem dificuldade em procurar serviço:                               |            |                    |         |                    |         |
| <i>Não</i>   | 346        | 116 (33,5)         |         | 77 (22,3)          |         |
| <i>Sim</i>   | 38         | 22 (58,0)          | 0,003** | 6 (15,8)           | 0,358   |
| Sente-se constrangido(a) no serviço:                               |            |                    |         |                    |         |
| <i>Não</i>   | 328        | 110 (33,5)         |         | 69 (21,0)          |         |
| <i>Sim</i>   | 57         | 28 (49,1)          | 0,024*  | 14 (24,6)          | 0,550   |
| Tem acompanhamento psicológico:                                    |            |                    |         |                    |         |
| <i>Não</i>   | 348        | 118 (33,9)         |         | 4 (10,8)           |         |
| <i>Sim</i>   | 37         | 20 (54,1)          | 0,015*  | 79 (22,7)          | 0,094   |
| Carga viral na 1ª prescrição ARV <sup>6</sup> :                    |            |                    |         |                    |         |
| ≤85.000 cópias/mL  | 80         | 27 (33,8)          |         | 8 (10,0)           |         |
| >85.000 cópias/mL  | 80         | 30 (37,5)          | 0,620   | 20 (25,0)          | 0,012*  |
| Ignorado   | 226        | 81 (35,8)          | 0,736   | 55 (24,4)          | 0,006** |

<sup>1</sup> Número e proporção de ansiedade moderada a grave em cada categoria.

<sup>2</sup> Número e proporção de depressão moderada a grave em cada categoria.

<sup>3</sup> SM: salário mínimo (valor da época=R\$ 240,00).

<sup>4</sup> HSH: homens que fazem sexo com homens.

<sup>5</sup> UDI: usuários de droga injetável.

<sup>6</sup> ARV: antirretroviral.

\* p-valor<0,05.

\*\*p-valor<0,01.

## QUALIDADE DE VIDA

### RELEVÂNCIA DO TEMA

A introdução da terapia antirretroviral combinada (TARV) mudou a percepção da infecção pelo HIV/aids de uma doença fatal para uma enfermidade crônica e potencialmente controlável. A TARV é capaz de diminuir a incidência de infecções oportunistas relacionadas ao HIV/aids, bem como melhorar a qualidade de vida (QV) do portador da doença (MARINS et al., 2003). A melhora clínica dos pacientes em TARV tem sido medida pela redução da mortalidade, das taxas de infecções oportunistas e dos sintomas graves relacionados ao HIV/aids (CRUM et al., 2006). Entretanto, a avaliação da QV de indivíduos portadores do HIV/aids tem-se tornado objeto importante de pesquisa, já que esquemas antirretrovirais cada vez mais potentes e simples estão disponíveis. A TARV é altamente efetiva e possui a capacidade de trazer benefícios significativos e, apesar de causar reações adversas indesejáveis e interferir na rotina diária do paciente, também possui um efeito global positivo na QV e na saúde em geral (BURGOYNE; TAN, 2008).

Apesar da importância do tema, poucos estudos avaliaram a QV de indivíduos portadores do HIV/aids em países em desenvolvimento (CANINI et al., 2004), incluindo o Brasil (TOSTES; CHALUB; BOTEAGA, 2004; ZIMPEL; FLECK, 2007). Além disso, mesmo

havendo uma grande variedade de instrumentos disponíveis para se avaliar a qualidade de vida, não há unanimidade quanto à sua definição (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996). De acordo com o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL Group*), a qualidade de vida pode ser definida como *“a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (THE WHOQOL GROUP, 1998).

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Dentre os 406 participantes do Projeto ATAR, 386 (95%) completaram o instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (versão abreviada) (WHOQOL-bref) (THE WHOQOL GROUP, 1998). A análise descritiva apontou diferenças importantes na QV de homens e mulheres (Tabela 16). Em geral, as mulheres apresentaram escores menores em todos os domínios de QV. Os escores médios (X) e desvios-padrão (DP) dos domínios psicológico (X=83,4; DP=18,7) e de meio ambiente (X=76,3; DP=15,7) para as mulheres foram estatisticamente inferiores quando comparados com os dos homens (X=90,7; DP=18,5 e X=82,3; DP=15,7, respectivamente). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos domínios físico e de relações sociais entre homens (X=87,0; DP=20,0 e X=86,8; DP=22,4, respectivamente) e mulheres (X=86,3; DP=18,4 e X=83,0; DP=23,5, respectivamente). No momento da primeira prescrição de antirretrovirais, entre os participantes do sexo masculino, 26,0% classificaram sua qualidade de vida como ‘nem ruim nem boa’ e 11,5% como ‘ruim’ ou ‘muito ruim’. Além disso, 25,1% dos homens se declararam ‘nem insatisfeitos nem satisfeitos’ com a sua saúde e 30,2% estavam ‘insatisfeitos’ ou ‘muito insatisfeitos’. Entre as mulheres, um número maior de participantes classificou sua QV como ‘nem ruim nem boa’ (34,7%) e ‘ruim’/‘muito ruim’ (13,2%). Ao se avaliar a satisfação com a própria saúde, 38,0% relataram estar ‘nem insatisfeitas nem satisfeitas’ e 31,8% estavam ‘insatisfeitas’ ou ‘muito insatisfeitas’.

Em geral, a população do estudo apresentou escores mais baixos para os itens que avaliaram a percepção geral da qualidade de vida e da satisfação com a saúde comparada com uma amostra de indivíduos que realizavam atendimento em serviços de atenção primária no Brasil (FLECK et al., 2002).

Nossos resultados sugerem que o gênero é um importante fator no estudo da QV. As mulheres apresentaram escores menores em todos os domínios de QV, com diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico e de meio ambiente, e também apresentaram maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão moderada a grave (ver o item *Ansiedade e Depressão*). Apesar da dificuldade para se estabelecerem comparações entre estudos, outros autores que utilizaram instrumentos

diferentes para avaliar a QV também já relataram uma pior QV para as mulheres (MRUS et al., 2005; TOSTES; CHALUB; BOTEAGA, 2004; COWDERY; PESA, 2002; CEDERFJÄLL et al., 2001; McDONNELL et al., 2000; HAYS et al., 2000). O motivo para tanto ainda não está totalmente claro, mas pode ser devido à maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nesse grupo (MAINIO et al., 2006; TOSTES; CHALUB; BOTEAGA, 2004).

**TABELA 16**

**DISTRIBUIÇÃO DE HOMENS (N=219) E MULHERES (N=167) DE ACORDO COM OS ÍTENS GERAIS DO WHOQOL-BREF E MÉDIAS DOS ESCORES EM CADA DOMÍNIO DE QV. PROJETO ATAR, 2001-2003.**

| WHOQOL-bref                                  | Homens             |                          | Mulheres           |                          |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | n (%) <sup>1</sup> | Média ± DP <sup>2</sup>  | n (%) <sup>1</sup> | Média ± DP <sup>2</sup>  |
| Percepção geral da QV:                       |                    |                          |                    |                          |
| <i>Muito ruim</i>                            | 8 ( 3,7)           | –                        | 10 ( 6,0)          | –                        |
| <i>Ruim</i>                                  | 17 ( 7,8)          |                          | 12 ( 7,2)          |                          |
| <i>Nem ruim nem boa</i>                      | 57 (26,0)          |                          | 58 (34,7)          |                          |
| <i>Boa</i>                                   | 103 (47,0)         |                          | 66 (39,5)          |                          |
| <i>Muito boa</i>                             | 34 (15,5)          |                          | 21 (12,6)          |                          |
| Satisfação geral com a saúde:                |                    | –                        |                    | –                        |
| <i>Muito insatisfeito(a)</i>                 | 10 ( 4,6)          |                          | 14 ( 8,4)          |                          |
| <i>Insatisfeito(a)</i>                       | 56 (25,6)          |                          | 39 (23,4)          |                          |
| <i>Nem insatisfeito(a) nem satisfeito(a)</i> | 55 (25,1)          |                          | 48 (28,7)          |                          |
| <i>Satisfeito(a)</i>                         | 77 (35,2)          |                          | 52 (31,1)          |                          |
| <i>Muito satisfeito(a)</i>                   | 21 ( 9,6)          |                          | 14 ( 8,4)          |                          |
| Domínios:                                    | –                  |                          | –                  |                          |
| <i>Físico</i>                                |                    | 87,0 (20,0) <sup>3</sup> |                    | 86,3 (18,4) <sup>3</sup> |
| <i>Psicológico</i>                           |                    | 90,7 (18,5) <sup>4</sup> |                    | 83,4 (18,7) <sup>4</sup> |
| <i>Relações sociais</i>                      |                    | 86,8 (22,4) <sup>5</sup> |                    | 83,0 (23,5) <sup>5</sup> |
| <i>Meio ambiente</i>                         |                    | 82,3 (15,7) <sup>6</sup> |                    | 76,3 (15,7) <sup>6</sup> |

<sup>1</sup> Número e proporção de participantes.

<sup>2</sup> DP: desvio-padrão.

<sup>3</sup> Test T= 0,34; valor de p = 0,733.

<sup>4</sup> Test T= 3,79; valor de p < 0,001.

<sup>5</sup> Test T= 1,60; valor de p = 0,110.

<sup>6</sup> Test T= 3,72; valor de p < 0,001.





## PROJETO ATAR:

### IMPACTO DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NOS PRIMEIROS MESES

Palmira de Fátima Bonolo, Lorenza Nogueira Campos, Maria das Graças Braga Ceccato, Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes, Gustavo Machado Rocha, Cristiane Aparecida Menezes de Pádua, Juliana Álvares, Carla Jorge Machado, Cibele Comini César, Francisco de Assis Acurcio, Mark Drew Crosland Guimarães

Neste capítulo objetiva-se descrever algumas características relacionadas com o acompanhamento dos pacientes até 12 meses após o início da terapia antirretroviral, incluindo dificuldades com o tratamento, reações adversas, dispensação, adesão e custo-efetividade. Para essas análises, adotaram-se diversas abordagens analíticas, incluindo comparação de corte-transversal em dois momentos e análise prospectiva concorrente, dentre outras.

### DIFICULDADES COM O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL<sup>4</sup>

#### RELEVÂNCIA DO TEMA

Fatores associados à não adesão incluem: características do esquema antirretroviral, percepção dos pacientes, interferência em atividades diárias, características clínicas e características individuais, dentre outras (WALSH; SHERR; ADHERENCE STRATEGY GROUP, 2002; ANDREO et al., 2001; OYUGI et al., 2004; DURAN et al., 2001; FOGARTY et al., 2002; REYNOLDS et al., 2004). No entanto, não há estudos publicados no Brasil que tenham investigado as dificuldades com o início do tratamento. Os pacientes podem não estar emocionalmente preparados devido à baixa compreensão e/ou confiança acerca do tratamento, levando a dificuldades com o mesmo em suas rotinas diárias (VEINOT et al., 2006; PEREZ et al., 2005). A identificação e compreensão dessas dificuldades iniciais com o tratamento podem contribuir para prevenir episódios de não adesão e, potencialmente, aumentar a sustentabilidade da adesão no longo prazo, com a manutenção dos efeitos benéficos da terapia e melhoria na qualidade de vida. Nesta análise, descrevemos as dificuldades com a TARV relatadas pelos pacientes participantes do Projeto ATAR.

---

<sup>4</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Guimarães et al. (2008).

Como indicado no capítulo 3, as dificuldades com o tratamento foram comparadas em duas análises de corte-transversal na primeira e terceira visitas de acompanhamento. Participantes que classificaram as dificuldades como baixas e muito baixas foram comparados com aqueles que as classificaram como médias a muito altas. As razões para essas dificuldades foram agrupadas em: reações adversas, esquemas, posologia, estado emocional, adaptação, interações sociais, serviços de saúde, propriedades organolépticas dos medicamentos e problemas com dietas.

No geral, 51,4% (n=180) dos pacientes indicaram ser o grau de dificuldade do tratamento de médio a muito alto na primeira visita, com uma redução para 37,3% (n=78) na terceira visita (Tabela 17, Figura 16). Reações adversas foram a principal razão relatada (33,3%), seguido de posologia complexa (23,9%) entre aqueles com dificuldade média a alta na primeira visita. Outras razões mencionadas foram aquelas associadas ao estado emocional (9,4%), à interação social (7,2%), ao número de comprimidos (6,7%), aos serviços (6,1%) e às propriedades organolépticas dos medicamentos (5,6%). Por outro lado, na terceira visita, as reações adversas representaram somente 19,2% das queixas e a posologia se tornou a dificuldade mais prevalente (37,2%). Entre aqueles com menos dificuldades, a principal razão citada foi a posologia adequada, enquanto houve um aumento na adaptação ao tratamento ao longo do tempo (23,5% e 32,1%, para a primeira e terceira visitas, respectivamente - Tabela 17). Uma comparação pareada das duas visitas indicou que 37% dos participantes permaneceram com baixo grau de dificuldade, 25% tiveram menos dificuldades, 26% persistiram com algum grau de dificuldade e somente 12% tiveram algum aumento no grau de dificuldade com o tratamento ( $p < 0,001$ ).

Na primeira visita, proporção semelhante de pacientes relatou maior grau de dificuldade segundo a idade, escolaridade e renda. Maior proporção de pacientes com dificuldade ( $p < 0,05$ ) foi encontrada entre aqueles que revelaram sua positividade, ficaram constrangidos durante as consultas médicas, tinham contagem de linfócitos T CD4+ ( $> 200$  células/mm<sup>3</sup>), apresentaram sintomas moderados a graves de ansiedade, tiveram  $\geq 4$  reações adversas e deixaram passar mais tempo entre a primeira consulta para o HIV e o início do tratamento ( $> 3$  meses - Tabela 18). Na terceira visita, menor número de fatores estiveram associados a maiores dificuldades com o tratamento ( $p < 0,05$ ), incluindo contagem de linfócitos T CD4+ superior a 200 células/mm<sup>3</sup>, esquema de ARV com inibidor de protease, ingestão superior a sete comprimidos ao dia, uso de outros medicamentos,  $\geq 4$  reações adversas e baixa compreensão das orientações médicas.

A avaliação do grau de dificuldade percebida pelos pacientes foi possível com a aplicação de questões simples e diretas. Chama atenção a elevada proporção de

pacientes que apresentaram alto grau de dificuldade com o início do tratamento (51,4%). Características relacionadas aos serviços tiveram maior importância na primeira visita, enquanto características clínicas e relacionadas ao tratamento predominaram na terceira visita. Fatores relacionados aos serviços são fundamentais para os pacientes que iniciam sua terapia, incluindo adesão às consultas, aconselhamento, disponibilidade de serviços de apoio e uma abordagem multidisciplinar. Em especial, destaca-se a falta de apoio psicoterápico e a concomitante alta prevalência de ansiedade e depressão, que por sua vez estão associadas a uma maior dificuldade em lidar com o tratamento. Isso evidencia a necessidade de profissionais de saúde mental capacitados e disponíveis desde o início do tratamento, como indicado por outros estudos (CAMPOS; BONOLO; GUIMARÃES, 2006). Conforme demonstrado, variáveis clínicas são importantes barreiras para uma boa adesão. As reações adversas foram citadas como a principal razão para uma maior dificuldade na primeira visita, ao contrário da terceira (33,3% e 19,2%, respectivamente). Esse resultado é compatível com a literatura e indica o processo dinâmico que ocorre ao longo do tempo, na medida em que os pacientes adaptam suas rotinas e esquemas e lidam melhor com as reações adversas (REMIEN et al., 2007). Apesar disso, o número de comprimidos e a inclusão de regimes mais complexos ao longo do tempo, com inibidores de protease, são fatores que podem aumentar essas mesmas dificuldades. Adicionalmente, nota-se que uma baixa compreensão da orientação médica no início do tratamento esteve associada a maior dificuldade somente na terceira visita, provavelmente indicando a necessidade de reforço no aconselhamento ao longo do tratamento. A associação entre maiores dificuldades e maiores níveis de linfócitos T CD4+ conjugados à ausência de sintomas pode refletir uma baixa percepção da necessidade do tratamento por esses pacientes e provavelmente um baixo limiar para se lidar com as dificuldades inerentes aos complexos esquemas ARV. Esses resultados sugerem a necessidade de processos de triagem para a identificação de pacientes mais vulneráveis e a introdução de intervenções precoces nos serviços, a fim de se estabelecerem mecanismos de prevenção da ocorrência de não adesão e preservação de plena atividade do esquema antirretroviral no longo prazo.



TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE DIFICULDADE COM A TARV E OS MOTIVOS RELATADOS, NA PRIMEIRA (N=350) E TERCEIRA VISITAS (N=209). PROJETO ATAR, 2001-2003.

| Grau de dificuldade ( <i>Motivos</i> )   | Primeira<br>Visita            | Terceira<br>Visita            |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
|  | n (%)                         | n (%)                         |
| <b>Médio a Muito alto</b>  | <b>180 (51,4)<sup>1</sup></b> | <b>78 (37,3)<sup>1</sup></b>  |
| <i>Reações adversas</i><br>(náuseas, diarreia, pesadelos, sentir-se mal com a medicação).    | 60 (33,3) <sup>2</sup>        | 15 (19,2) <sup>2</sup>        |
| <i>Posologia</i><br>(Esquecer-se de tomar a medicação, esquema complexo)                     | 43 (23,9) <sup>2</sup>        | 29 (37,2) <sup>2</sup>        |
| <i>Estado emocional</i><br>(sentir-se deprimido/a, perder a esperança)                       | 17 (9,4) <sup>2</sup>         | 9 (11,5) <sup>2</sup>         |
| <i>Interações sociais</i><br>(Dificuldade de tomar ARV no trabalho e finais de semana)       | 13 (7,2) <sup>2</sup>         | 6 (7,7) <sup>2</sup>          |
| <i>Número de comprimidos</i><br>(Excesso de pílulas diárias, ficar ansioso/a com quantidade) | 12 (6,7) <sup>2</sup>         | 8 (10,3) <sup>2</sup>         |
| <i>Serviços</i><br>(Não compreender o tratamento, residir longe do serviço)                  | 11 (6,1) <sup>2</sup>         | 3 (3,8) <sup>2</sup>          |
| <i>Propriedades organolépticas</i><br>(Gosto ruim, tamanho grande, dificuldade de deglutir)  | 10 (5,6) <sup>2</sup>         | 3 (3,8) <sup>2</sup>          |
| <i>Adaptação</i><br>(Dificuldade de se acostumar com o tratamento)                           | 9 (5,0) <sup>2</sup>          | 3 (3,8) <sup>2</sup>          |
| <i>Dieta</i><br>(Esquecer-se do jejum, ter que ingerir ARV com alimento)                     | 3 (1,7) <sup>2</sup>          | 2 (2,6) <sup>2</sup>          |
| <i>Sem motivo</i>  | 2 (1,1) <sup>2</sup>          | -                             |
| <b>Baixo a muito baixo</b>   | <b>170 (48,6)<sup>1</sup></b> | <b>131 (62,7)<sup>1</sup></b> |
| <i>Posologia</i><br>(Horários fáceis, tomada somente duas vezes ao dia)                      | 51 (30,0) <sup>2</sup>        | 45 (34,4) <sup>2</sup>        |
| <i>Adaptação</i><br>(Facilidade de se adaptar ao esquema ARV)                                | 40 (23,5) <sup>2</sup>        | 42 (32,1) <sup>2</sup>        |
| <i>Relacionadas aos serviços</i><br>(ARV gratuitos, ser bem orientado/a)                     | 23 (13,5) <sup>2</sup>        | 11 (8,4) <sup>2</sup>         |
| <i>Reações adversas</i><br>(Não sentir nada, não apresentar efeitos colaterais)              | 19 (11,2) <sup>2</sup>        | 19 (14,5) <sup>2</sup>        |
| <i>Estado emocional</i><br>(Sentir-se melhor, aumento da esperança)                          | 16 (9,4) <sup>2</sup>         | 5 (3,8) <sup>2</sup>          |
| <i>Interações sociais</i><br>(Ter apoio da família, não necessitar se esconder)              | 8 (4,7) <sup>2</sup>          | -                             |
| <i>Número de comprimidos</i><br>(Poucas pílulas, apenas dois medicamentos)                   | 4 (2,4) <sup>2</sup>          | 4 (3,1) <sup>2</sup>          |
| <i>Propriedades organolépticas</i><br>(Facilidade de deglutição)                             | -                             | 1 (0,8) <sup>2</sup>          |
| <i>Dieta</i><br>(Sem necessidade de jejum)   | 2 (1,2) <sup>2</sup>          | 3 (2,3) <sup>2</sup>          |
| <i>Sem motivo</i>  | 7 (4,1) <sup>2</sup>          | 1 (0,8) <sup>2</sup>          |

<sup>1</sup> Percentual do total de cada visita.

<sup>2</sup> Percentual de cada categoria (médio a muito alto e baixo a muito baixo) em cada visita.

TABELA 18

PROPORÇÃO DE PACIENTES COM ALTO GRAU DE DIFICULDADE DE ACORDO COM VARIÁVEIS SELECIONADAS, NA PRIMEIRA E TERCEIRA VISITAS DE SEGUIMENTO, PROJETO ATAR, 2001-2003.

| Características  | Primeira Visita (n=350) |                    |         | Terceira Visita (n=209) |                    |         |
|--|-------------------------|--------------------|---------|-------------------------|--------------------|---------|
|  | Total                   | n (%) <sup>1</sup> | p-valor | Total                   | n (%) <sup>1</sup> | p-valor |
| Sexo   |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Masculino  | 195                     | 101 (51,8)         |         | 124                     | 40 (32,3)          |         |
| Feminino   | 155                     | 79 (51,0)          | 0,878   | 85                      | 38 (44,7)          | 0,068*  |
| Contar para alguém o diagnóstico de HIV <sup>2</sup>       |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Não  | 47                      | 18 (38,3)          |         | 25                      | 7 (28,0)           |         |
| Sim  | 297                     | 160 (53,9)         | 0,047*  | 181                     | 71 (39,2)          | 0,278   |
| Dificuldade de acesso ao serviço de saúde <sup>2</sup>     |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Não  | 309                     | 155 (50,2)         |         | 183                     | 72 (39,3)          |         |
| Sim  | 33                      | 22 (66,7)          | 0,071*  | 22                      | 6 (27,3)           | 0,271   |
| Sentir-se constrangido/a nas consultas <sup>2</sup>        |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Não  | 295                     | 146 (49,5)         |         | 178                     | 65 (36,5)          |         |
| Sim  | 48                      | 32 (66,7)          | 0,027*  | 28                      | 13 (46,4)          | 0,315   |
| Tratamento psicoterápico <sup>2</sup>                      |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Sim  | 35                      | 13 (37,1)          |         | 22                      | 6 (27,3)           |         |
| Não  | 308                     | 165 (53,6)         | 0,065*  | 184                     | 72 (39,1)          | 0,279   |
| Categoria clínica (CDC 1992) <sup>2</sup>                  |                         |                    |         |                         |                    |         |
| B ou C   | 166                     | 79 (47,6)          |         | 107                     | 36 (33,6)          |         |
| A  | 167                     | 95 (56,9)          | 0,089*  | 95                      | 41 (43,2)          | 0,165   |
| Contagem de linfócitos T CD4+ <sup>2</sup>                 |                         |                    |         |                         |                    |         |
| ≤ 200/mm <sup>3</sup>                                      | 132                     | 60 (45,5)          |         | 96                      | 34 (35,4)          |         |
| > 200/mm <sup>3</sup>                                      | 120                     | 73 (60,8)          | 0,011*  | 66                      | 30 (45,5)          | 0,010*  |
| Desconhecida   | 98                      | 47 (48,0)          | 0,206   | 47                      | 14 (29,8)          | 0,206   |
| Grau de ansiedade <sup>2</sup>                             |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Nenhum / Leve  | 209                     | 101 (46,1)         |         | 127                     | 50 (39,4)          |         |
| Moderado / Severo  | 123                     | 75 (61,0)          | 0,008*  | 78                      | 28 (35,9)          | 0,619   |
| Esquema antirretroviral <sup>3</sup>                       |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Sem inibidor de protease                                   | 189                     | 93 (49,2)          |         | 115                     | 33 (28,7)          |         |
| Com inibidor de protease                                   | 161                     | 87 (54,0)          | 0,367   | 94                      | 45 (47,9)          | 0,004*  |
| Número diário de comprimidos <sup>3</sup>                  |                         |                    |         |                         |                    |         |
| ≤ 7  | 170                     | 82 (42,8)          |         | 108                     | 30 (27,8)          |         |
| > 7  | 180                     | 98 (54,4)          | 0,245   | 101                     | 48 (47,5)          | 0,003*  |
| Uso de outra medicação <sup>3</sup>                        |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Não  | 162                     | 83 (51,2)          |         | 115                     | 36 (31,3)          |         |
| Sim  | 187                     | 96 (51,3)          | 0,985   | 94                      | 42 (44,7)          | 0,047*  |
| Reações adversas aos ARV <sup>3</sup>                      |                         |                    |         |                         |                    |         |
| < 4  | 189                     | 81 (42,9)          |         | 132                     | 42 (31,8)          |         |
| ≥ 4  | 161                     | 99 (61,5)          | 0,001*  | 77                      | 36 (46,8)          | 0,031*  |
| Tempo entre primeira consulta e primeira prescrição de ARV |                         |                    |         |                         |                    |         |
| ≤ 3 meses  | 238                     | 111 (46,6)         |         | 146                     | 52 (35,6)          |         |
| > 3 meses  | 112                     | 69 (61,6)          | 0,009*  | 63                      | 26 (41,3)          | 0,438   |
| Grau de compreensão à orientação médica <sup>2</sup>       |                         |                    |         |                         |                    |         |
| Alto   | 242                     | 124 (51,2)         |         | 144                     | 46 (31,9)          |         |
| Baixo  | 108                     | 56 (51,9)          | 0,916   | 65                      | 32 (49,2)          | 0,017*  |

<sup>1</sup> Número e proporção de nível de dificuldade médio a alto em cada categoria.

<sup>2</sup> Informações basais.

<sup>3</sup> Informações de acompanhamento.

FIGURA 16

GRAU DE DIFICULDADE COM O TRATAMENTO COM ARV NA PRIMEIRA E TERCEIRA VISITAS,  
PROJETO ATAR, 2001-2003.

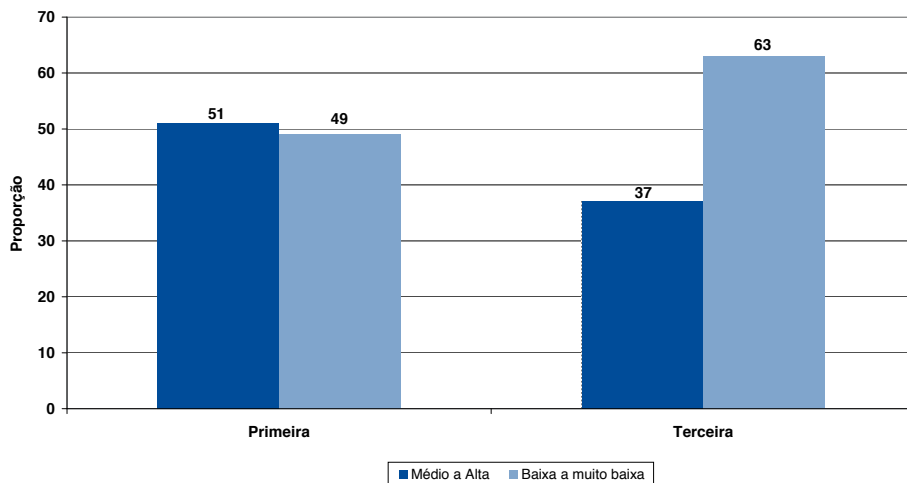
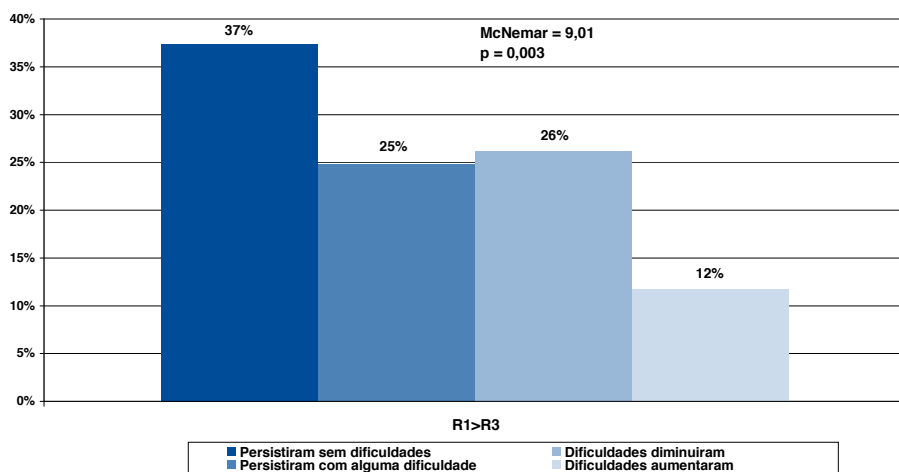


FIGURA 17

VARIAÇÃO PERCENTUAL DAS DIFICULDADES COM TRATAMENTO ARV, ENTRE A PRIMEIRA E TERCEIRA  
VISITAS, PROJETO ATAR, 2001-2003.



## REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO<sup>5</sup>

### RELEVÂNCIA DO TEMA

Nos últimos anos, particularmente a partir da terapia antirretroviral combinada de alta potência (HAART), introduzida no final da década de 90, são inquestionáveis os benefícios alcançados para os pacientes. Entretanto, a ocorrência de reações adversas a esses esquemas antirretrovirais (ARV) combinados constitui um obstáculo à efetividade do tratamento, uma vez que dificulta a adesão necessária (tomada de  $\geq 95\%$  da dose diária) para o sucesso da terapia ARV por período prolongado (BONFANTI et al., 2000; BONFANTI et al., 2001; CARR; COOPER, 2000; DURAN et al., 2000).

Vários estudos têm apontado as reações adversas como um dos principais determinantes da descontinuação, interrupção e não adesão aos ARV (AMMASSARI et al., 2001; BONFANTI et al., 2000; BONFANTI et al., 2001; CARR; COOPER, 2000; D'ARMINIO MONFORTE et al., 2000; DIELEMAN et al., 2002; DURAN et al., 2001; LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; MOCROFT et al., 2001). No início da TARV, a ocorrência de reações adversas é geralmente alta, aumentando o risco de não adesão nesse período (CARR; COOPER, 2000; DURAN et al., 2001).

### RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A investigação sobre as reações adversas aos antirretrovirais foi realizada com base em duas fontes de informação: o *autorrelato* de pacientes e o *registro médico* em prontuários, como indicado no Capítulo 3 (Tabela 19).

Dos 406 pacientes que participaram do Projeto ATAR, 361 (88,9%) retornaram para a primeira entrevista de seguimento, quando informações sobre o *autorrelato* de reações adversas foram obtidas. Informações precisas sobre o *registro médico* de reações adversas foram revisadas em 377 (92,9%) prontuários. O tempo entre a entrevista basal e a primeira entrevista de seguimento variou entre 12 e 248 dias, com média de 43 dias (mediana=29 dias).

Pelo menos uma reação adversa foi *relatada* por 333 (92,2%) pacientes e a média e mediana de reações por pacientes foi 4,4 e 4,0, respectivamente, correspondendo a um total de 1.580 reações adversas. Por outro lado, 34,5% dos prontuários revisados apresentaram o *registro* de pelo menos uma reação adversa no período de análise (mediana=234 dias), correspondendo a um coeficiente de incidência de 0,17 reações por 100 pessoas/dia. Náusea foi o evento mais frequente no *autorrelato* e no *registro médico*.

Foi observada uma grande diferença na incidência acumulada de reações adversas

---

<sup>5</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Menezes de Pádua et al. (2006) e Menezes de Pádua et al. (2007).

(92,2% para o *autorrelato* vs. 34,5% para o *registro médico*); entretanto, o perfil de reações foi bastante similar. No *registro médico*, pacientes do sexo feminino apresentaram maior incidência de reações do que aqueles do sexo masculino, enquanto no *autorrelato* nenhuma variável sociodemográfica apresentou associação com reações adversas aos ARV. Com relação às variáveis comportamentais, somente o uso de álcool esteve significativamente associado ao evento no *registro médico* (Tabela 20).

Em ambas as análises, o risco de reações adversas foi maior entre participantes em tratamento com esquemas contendo IDV ou IDV/RTV e com contagem de células T CD4+ entre 200 e 500 células/mm<sup>3</sup>. A troca do esquema ARV foi fortemente associada ao *registro* e ao *autorrelato* de reações adversas. Um risco aproximadamente duas vezes maior foi observado entre pacientes não aderentes. Exceto para a variável “intervalo entre duas visitas”, todas as demais variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde foram significativamente associadas com as reações relatadas no *registro médico*.

De forma consistente com outros trabalhos (BONFANTI et al., 2000; BONFANTI et al., 2001; DURAN et al., 2000; FELLAY et al., 2001), as reações adversas incluíram sintomas agudos (p. ex., gastrointestinais) de intensidade leve a moderada, típicos do tratamento inicial com ARV. A maioria dos pacientes retornou para a primeira entrevista de seguimento durante o primeiro mês da terapia (*autorrelato*) e pelo menos uma reação adversa (*registro médico*) foi registrada pelo médico nos primeiros quatro meses de tratamento. Geralmente, esses efeitos causam grande desconforto e, dessa forma, podem ser prontamente percebidos e relatados por pacientes utilizando ARV.

Na revisão dos prontuários foi observada uma pequena proporção de eventos registrados de forma genérica (p. ex., efeitos colaterais, intolerância) como resultantes da TARV. Entretanto, não foi possível obter informações precisas sobre o tipo e frequência de tais eventos. Isso sugere que a definição e o diagnóstico de reações adversas não têm sido completamente padronizados na prática clínica cotidiana nos serviços de referência, apesar de serem muito frequentes, particularmente entre indivíduos iniciando tratamento ARV. Como relatado por outros autores (PFAFFENBACH; CARVALHO; BERGSTEN-MENDES, 2002), as reações adversas geralmente não são registradas como diagnóstico, com código próprio, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. Ademais, é provável que nem todos os sintomas relatados pelos pacientes tenham sido registrados como reações adversas, resultando em uma subestimação de sua incidência na população estudada.

A utilização de duas fontes de informação sobre reações adversas aos ARV exigiu duas abordagens metodológicas distintas, resultando em estimativas diferentes do evento bem como interferindo na definição do conjunto de variáveis explicativas. As reações adversas obtidas a partir do *autorrelato* referem-se àquelas que ocorreram aproximadamente no primeiro mês de tratamento, período em que os sintomas da doença, relacionados à imunidade alterada pelo HIV, são intensos. Nessa perspectiva,

as reações adversas podem ser confundidas com sintomas ou efeitos indesejáveis não decorrentes do uso da TARV, resultando em uma superestimativa das informações coletadas por autorrelato. Ademais, questionários estruturados e padronizados foram aplicados aos participantes por entrevistadores treinados, resultando em uma busca ativa por reações adversas aos ARV. Por outro lado, os prontuários médicos não são, em geral, instrumentos desenhados para coletar informações, e o registro de reações adversas ou de outras informações depende da busca do paciente pelo serviço médico. Além disso, tem sido demonstrado que profissionais médicos podem não perceber reações adversas relatados por pacientes ou não registrá-las de forma adequada, como se observou em um estudo (JUSTICE et al., 1999; DURAN et al., 2001; AMMASSARI et al., 2001; PFAFFENBACH; CARVALHO; BERGSTEN-MENDES, 2002). Esse fato sugere uma possível subestimação das reações adversas, devida ao *registro médico* inapropriado do evento.

Apesar das limitações dessa investigação, intervenções efetivas na prática clínica cotidiana poderão ser identificadas a partir da comparação do *autorrelato* e *registro médico* de reações adversas aos ARV. O estabelecimento de protocolos padronizados para reações adversas agudas e crônicas aos ARV nos serviços públicos de referência ao HIV/aids deve contribuir para a melhora do reconhecimento, tratamento e prevenção desse evento, promovendo melhor adesão ao tratamento ARV.

TABELA 19

**PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS ANÁLISES DE REAÇÕES ADVERSAS AOS ANTIRRETROVIRAIS, PROJETO ATAR, 2001-2003.**

|  | <b>Autorrelato</b>   | <b>Registro médico</b>   |
|--|--|--|
| Delineamento                                 | Transversal  | Prospectivo concorrente  |
| Tamanho da amostra                           | N=361  | N=377  |
| Evento<br>(Reações adversas)                 | Efeito ou sintoma indesejável decorrente do uso de ARV relatado pelo paciente        | Efeito ou sintoma indesejável ao uso de ARV registrado em prontuário pelo médico |
| Período do estudo                            | Até 1ª entrevista de acompanhamento após 1ª prescrição de ARV (tempo médio: 43 dias) | Até 12 meses após 1ª prescrição de ARV   |
| Fonte/forma de coleta do evento              | Questionário padronizado<br>Entrevista com os participantes                          | Prontuário médico  |
| Análise estatística<br>Medidas de ocorrência | Prevalência  | Incidência acumulada<br>Coeficiente de incidência (pessoas-tempo)                |
| Reações adversas mais frequentes             | Náusea (11,7%)<br>Azia/dor no estômago (8,9%)<br>Cansaço (8,3%)                      | Náusea (14,7%)<br>Vômito (13,9%)<br>Diarreia (8,9%)                              |

TABELA 20

ANÁLISE UNIVARIADA PARA COMPARAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS AOS ARV E VARIÁVEIS SELECIONADAS.  
AUTORRELATO (N=361); REGISTRO MÉDICO (N=377). PROJETO ATAR, 2001-2003.

| Variáveis                           | Autorrelato    |  | Registro médico |                                       |
|-------------------------------------|----------------|--|-----------------|---------------------------------------|
|                                     | Total<br>n *** | Reações<br>adversas<br>(>4) <sup>1</sup> | Total<br>n***   | Reações adversas<br>(>1) <sup>1</sup> |
| <b>Sociodemográficas</b>            |                |  |                 |                                       |
| Idade (anos)                        |                |  |                 |                                       |
| ≤ 35                                | 210            | 120 (57,1)                               | 221             | 74 (33,5)                             |
| > 35                                | 151            | 83 (55,0)                                | 156             | 56 (35,9)                             |
| Sexo                                |                |  |                 |                                       |
| Masculino                           | 198            | 110 (55,6)                               | 211             | 62 (29,4)                             |
| Feminino                            | 163            | 93 (57,1)                                | 166             | 68 (41,0)                             |
| Cor da pele                         |                |  |                 |                                       |
| Branca                              | 80             | 44 (55,0)                                | 82              | 27 (32,9)                             |
| Não branca                          | 267            | 152 (56,9)                               | 280             | 95 (33,9)                             |
| Estado civil                        |                |  |                 |                                       |
| Em união                            | 141            | 73 (51,8)                                | 147             | 49 (33,3)                             |
| Solteiro/a                          | 220            | 130 (59,1)                               | 230             | 81 (35,2)                             |
| Escolaridade                        |                |  |                 |                                       |
| > 8 anos                            | 124            | 70 (56,5)                                | 132             | 40 (30,3)                             |
| < 8 anos                            | 235            | 132 (56,2)                               | 243             | 89 (36,6)                             |
| Plano de saúde                      |                |  |                 |                                       |
| Sim                                 | 78             | 46 (59,0)                                | 83              | 26 (31,3)                             |
| Não                                 | 283            | 157 (55,5)                               | 294             | 104 (35,4)                            |
| <b>Comportamentais</b>              |                |  |                 |                                       |
| Uso atual de tabaco                 |                |  |                 |                                       |
| Não                                 | 230            | 131 (57,0)                               | 240             | 79 (32,9)                             |
| Sim                                 | 118            | 66 (55,9)                                | 122             | 41 (33,6)                             |
| Álcool (alguma vez)                 |                |  |                 |                                       |
| Não                                 | 41             | 23 (56,1)                                | 45              | 21 (46,7)                             |
| Sim                                 | 307            | 147 (56,7)                               | 317             | 41 (33,6)                             |
| Uso de drogas ilícitas (alguma vez) |                |  |                 |                                       |
| Não                                 | 257            | 144 (56,0)                               | 265             | 92 (34,7)                             |
| Sim                                 | 91             | 53 (58,2)                                | 97              | 28 (28,9)                             |
| <b>Clínicas/ARV</b>                 |                |  |                 |                                       |
| Esquema ARV <sup>3</sup>            |                |  |                 |                                       |
| Mono/duplo, EFZ                     | –              | –  | 131             | 37 (28,2)                             |
| Mono/duplo                          | 28             | 11 (39,3)                                | –               | –                                     |
| NVP                                 | 63             | 32 (50,8)                                | 65              | 22 (52,4)                             |
| EFZ                                 | 105            | 60 (57,1)                                | –               | –                                     |
| NFV                                 | 123            | 70 (56,9)                                | –               | –                                     |
| IDV; IDV/RTV; RTV/LPV               | 42             | 30 (71,4)                                | –               | –                                     |
| NFV; SQV; RTV/LPV                   | –              | –  | 139             | 27 (41,5)                             |
| IDV; IDV/RTV                        | –              | –  | 42              | 44 (31,7)                             |

CONTINUA



| Variáveis  | Autorrelato    |  | Registro médico |                                       |
|--|----------------|--|-----------------|---------------------------------------|
|  | Total<br>n *** | Reações<br>adversas<br>(>4) <sup>1</sup> | Total<br>n ***  | Reações adversas<br>(>1) <sup>1</sup> |
| Classificação clínica inicial <sup>4</sup>                           |                |  |                 |                                       |
| A  | 171            | 92 (53,8)                                | 187             | 65 (34,8)                             |
| B/C  | 174            | 103 (59,2)                               | 182             | 63 (34,6)                             |
| Classificação imunológica inicial –<br>T CD4+ (cel/mm <sup>3</sup> ) |                |  |                 |                                       |
| > 500  | 28             | 10 (35,7)                                | 31              | 8 (25,8)                              |
| 200-500  | 113            | 64 (56,6)                                | 117             | 46 (39,3)                             |
| < 200  | 168            | 97 (57,7)                                | 182             | 63 (34,6)                             |
| Ignorada   | 52             | 32 (61,5)                                | 47              | 73 (27,7)                             |
| Carga viral (cópias/ml)  |                |  |                 |                                       |
| > 85,000   | 90             | 52 (57,8)                                | 100             | 33 (33,0)                             |
| < 85,000   | 148            | 80 (54,1)                                | 162             | 63 (38,9)                             |
| Ignorada   | 123            | 71 (57,7)                                | 115             | 34 (29,6)                             |
| Diagnósticos relacionados à aids <sup>5</sup>                        |                |  |                 |                                       |
| Não  | 276            | 156 (56,5)                               | 297             | 92 (31,0)                             |
| Sim  | 71             | 40 (56,3)                                | 74              | 37 (50,0)                             |
| Diagnósticos não relacionados à<br>aids <sup>5</sup>                 |                |  |                 |                                       |
|  | 231            | 132 (57,1)                               | 246             | 79 (32,1)                             |
| Não  | 116            | 64 (55,2)                                | 125             | 50 (40,0)                             |
| Sim  |                |  |                 |                                       |
| Troca de ARV   |                |  |                 |                                       |
| Não  | 320            | 170 (53,1)                               | 262             | 52 (19,9)                             |
| Sim  | 41             | 33 (80,5)                                | 114             | 78 (68,4)                             |
| Uso irregular de ARV   |                |  |                 |                                       |
| Não  | 200            | 97 (48,5)                                |                 |                                       |
| Sim  | 161            | 106 (65,8)                               | –               | –                                     |
| Uso concomitante de outros<br>fármacos                               |                |  |                 |                                       |
| Não  | 168            | 89 (53,0)                                | 215             | 71 (33,0)                             |
| Sim  | 192            | 113 (58,9)                               | 146             | 49 (33,6)                             |
| Não adesão aos ARV   |                |  |                 |                                       |
| Não  |                |  | 286             | 86 (30,1)                             |
| Sim  | –              | –  | 90              | 44 (48,9)                             |
| <b>Utilização de serviços de saúde</b>                               |                |  |                 |                                       |
| Interação no período <sup>6</sup>                                    |                |  |                 |                                       |
| Não  | 314            | 173 (55,1)                               | 285             | 90 (31,6)                             |
| Sim  | 36             | 24 (66,7)                                | 92              | 40 (43,5)                             |
| Infectologista/clínico<br>(≥ 5 consultas)                            |                |  |                 |                                       |
| Não  | –              | –  | 152             | 37 (24,3)                             |
| Sim  |                |  | 225             | 93 (41,3)                             |
| Outras especialidades<br>(≥ 1 consulta)                              |                |  |                 |                                       |
| Não  | –              | –  | 194             | 56 (28,9)                             |
| Sim  |                |  | 183             | 74 (40,4)                             |

| Variáveis                                | Autorrelato    |  | Registro médico |                                       |
|--|----------------|--|-----------------|---------------------------------------|
|  | Total<br>n *** | Reações<br>adversas<br>(>4) <sup>1</sup> | Total<br>n***   | Reações adversas<br>(>1) <sup>1</sup> |
| Intervalo entre consultas<br>(< 6 meses) |                |  |                 |                                       |
| Não                                      | –              | –  | 64              | 14 (21,9)                             |
| Sim                                      |                |  | 312             | 116 (37,2)                            |

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,20$ ; \*\*\* Valores ignorados foram excluídos.

<sup>1</sup> Número e proporção do autorrelato e registro médico de reações adversas.

<sup>2</sup> Odds ratios (OR) foram obtidos usando o modelo de regressão logística; Relative hazards (RH) foram obtidos usando o modelo de riscos proporcionais de Cox.

<sup>3</sup> Esquemas ARV: Mono/duplo: AZT=zidovudina/Combinações de AZT com ddI=didanosina ou 3TC=lamivudina; NVP=nevirapina; EFZ=efavirenz; IDV=indinavir, IDV/RTV= combinações de IDV e ritonavir; RTV/LPV=Combinações de RTV e lopinavir; NFV=nelfinavir; SQV=sauquinavir.

<sup>4</sup> Classificação clínica (CDC, 1992): Categorias A=assintomático, adenopatia persistente generalizada ou síndrome retroviral aguda; B=sintomático, não A ou C; C=condições definidoras de aids.

<sup>5</sup> Antes da primeira prescrição de ARV.

<sup>6</sup> Autorrelato: entre a primeira prescrição de ARV e a primeira entrevista de seguimento; registro médico: entre a primeira prescrição de ARV e o registro da última consulta médica.

## IRREGULARIDADE NA DISPENSAÇÃO DOS ANTIRRETROVIRAIS<sup>6</sup>

### RELEVÂNCIA DO TEMA

Desde 1997, a Organização Mundial de Saúde, juntamente com a Federação Farmacêutica Internacional, tem reconhecido o papel relevante dos profissionais farmacêuticos na luta contra a epidemia de aids, por promover o desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão (COMMONWEALTH PHARMACEUTICAL ASSOCIATION, 2003). Além disso, diversos estudos têm ressaltado a relevância da assistência farmacêutica na promoção da adesão à terapia ARV (CECCATO et al., 2004; CODINA-JANÉ et al., 2004; GELETKO; POULAKOS, 2002; HARDY, 2005), melhorando a resposta virológica dos pacientes infectados (CASTILLO et al., 2004).

No Brasil, na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003, foram apresentadas propostas para aplicabilidade da Assistência Farmacêutica em áreas essenciais, como as DST/aids, que, por sua vez, apresentam impacto direto nos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos. Nessa direção, a Atenção

<sup>6</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Gomes et al. (2009).

Farmacêutica, além de ter como meta o cuidado ao usuário, também pode ser uma estratégia na promoção do uso racional dos medicamentos. O sistema de dispensação dos ARV segue normas padronizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e somente farmácias dos serviços de assistência especializada credenciados são autorizadas a distribuir os medicamentos, sendo denominadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). Os pacientes com indicação para iniciar a terapia ARV devem ser notificados no Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e cadastrados no sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM) da farmácia onde são orientados em relação ao esquema prescrito. Como regra geral, a dispensação é feita mensalmente, de acordo com a prescrição, quando são registrados o número de comprimidos e a dose de cada medicamento, incluindo trocas e modificações posológicas (BRASIL, 2005a). Embora não seja possível afirmar se os esquemas ARV dispensados foram utilizados adequadamente, as informações sobre as dispensações dos medicamentos tornam-se importante instrumento na identificação precoce dos pacientes em risco de não adesão. Por ser um método simples e que utiliza um sistema padronizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, pode ser incorporado à prática clínica na orientação aos pacientes em tratamento.

A medida de adesão baseada nos registros de dispensação da farmácia tem sido mostrada como um indicador válido e confiável em estudos de associação com resultados virológicos e imunológicos (GROSS et al., 2006; GROSSBERG; ZHANG; GROSS, 2004; KITAHATA et al., 2004; NACHEGA et al., 2007), progressão clínica e mortalidade (HOGG et al., 2002; NACHEGA et al., 2006).

Também se destaca pela oportunidade de se avaliarem todos os pacientes que iniciaram terapia e que retornam mensalmente para retirar os medicamentos, sendo possível verificar a situação de cada um, as ocorrências de irregularidades e as interrupções de tratamento. Além disso, as dificuldades iniciais relatadas com o tratamento (GUIMARÃES et al., 2008) podem aumentar o risco do não cumprimento da prescrição e do abandono do acompanhamento médico (RODRIGUES et al., 2003), havendo poucos estudos brasileiros que avaliam de forma prospectiva as dispensações de ARV nessa fase do tratamento.

## **RESULTADOS E COMENTÁRIOS**

O detalhamento metodológico pode ser visto no Capítulo 3. Da amostra do Projeto ATAR, três fichas não foram localizadas, tendo-se excluído, também, 58 gestantes, 13 óbitos (1 gestante) e 12 transferências (2 gestantes) que ocorreram no período, totalizando 323 participantes para esta análise.

Em relação aos esquemas prescritos de ARV, verificou-se que, na primeira dispensação, foram prescritos 24 tipos diferentes de esquemas e nas dispensações

seguintes surgiram esquemas novos devido às trocas de ARV. Logo na primeira dispensação, três pacientes já tiveram seus esquemas trocados e a ocorrência de trocas de ARV foi observada em todo o período, variando de 5,1 a 8,9% entre as dispensações. Durante todo o período de acompanhamento, foram dispensados 43 tipos diferentes de esquemas de ARV, dos quais dez estavam incompletos, pois foram dispensados sem pelo menos um dos ARV do esquema dispensado anteriormente. As justificativas para essas observações foram registradas nas fichas como “paciente com comprimidos em casa”, “uso errado do Nefavirenz (sic)”, “não toma os comprimidos corretamente”, “paciente em lista de espera para efavirenz”.

Os regimes de ARV mais prescritos para os pacientes em início de terapia foram os esquemas triplos contendo dois inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN): o Biovir® (74,3%), composto por zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC), associados a um inibidor de transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN) ou a um inibidor de protease (IP). As combinações com o Biovir® mais frequentemente prescritas incluíam, entre os ITRNN, o efavirenz (30,7%) e a nevirapina (13,6%) e, entre os IP, o nelfinavir (23,5%) e o indinavir (6,5%). Quando ocorreu a falta do Biovir® (1%), os antirretrovirais AZT e 3TC, foram dispensados separadamente e as quantidades ajustadas pela dose de cada um.

Durante o período de doze meses após a primeira prescrição, houve retiradas regulares apenas para 38 (11,8%) pacientes, enquanto 98 (30,3%) foram considerados casos de abandono e 187 (57,9%) tiveram dispensações irregulares (Tabela 21). O número de retiradas irregulares dos ARV variou de um a nove nesse grupo. Além disso, observa-se que, logo no início da terapia, doze pacientes (3,7%) já haviam abandonado seu tratamento, não retornando na segunda dispensação agendada (Tabela 22). De forma semelhante, dispensações irregulares também ocorreram desde a primeira dispensação (1,5%), apresentando maiores percentuais na sétima (33%) e décima segunda dispensação (39,6%) no período.

*Retirada irregular* e *abandono* estiveram estatisticamente associados com as seguintes variáveis sociodemográficas: *ser atendido no HEM* ( $p=0,03$  e  $p=0,04$ ) e *morar fora de Belo Horizonte* ( $p=0,004$  e  $p=0,02$ ). *Não ter plano de saúde* e *ter feito uso de álcool no último mês* mostraram associação somente com *abandono* ( $p=0,006$  e  $p=0,01$ ). As características relacionadas com o serviço de saúde indicaram que *retirada irregular* e *abandono* estiveram associados com *não fazer uso de outros medicamentos diferentes dos ARV* ( $p=0,04$  e  $p=0,004$ ). Já os pacientes que tiveram consultas com intervalo  $> 6$  meses apresentaram uma chance quase oito vezes maior de abandonar a terapia do que os pacientes que tiveram consultas em menos de seis meses ( $p=0,002$ ). As variáveis clínicas: *ter contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm<sup>3</sup> no início da terapia* e *usar esquema sem inibidor de protease* mostraram associação estatisticamente significativa com *retirada irregular* ( $p<0,001$  e  $p=0,003$ ) e *abandono* ( $p=0,002$  e  $p=0,003$ ) enquanto

*ter algum registro médico de não adesão* mostrou associação estatística somente com *abandono da terapia* ( $p < 0,001$ ), segundo a Tabela 23.

Os resultados dessa análise indicam uma preocupante situação dos serviços públicos de referência com relação à regularidade das dispensações de ARV. São altas as proporções de retirada irregular (57,9%) e de abandono (30,3%), considerando os critérios adotados e o período analisado. Os registros da farmácia mostraram-se adequados para detectar os pacientes em risco de não tomar seus medicamentos corretamente ou mesmo de abandonar o tratamento. Os registros da farmácia podem ser um importante marcador de utilização dos serviços de referência como indicador indireto para identificar pacientes em risco de não adesão.

A taxa de abandono da terapia encontrada neste estudo foi próxima das taxas descritas por outros autores no Brasil, que também avaliaram os registros da farmácia. Apesar da variabilidade quanto à definição do evento, Bomtempo (2000) e Brito, Szwarcwald e Castilho (2006) encontraram taxas de interrupção da terapia de 25,2% e 35,9%, respectivamente. Entretanto, as taxas de retiradas irregulares ou de atraso em buscar os ARV encontradas em outros estudos apresentaram variações de 18,9% a 43,2% (BOMTEMPO, 2000; MARTÍN-SANCHEZ et al., 2002; SEGUY et al., 2007).

Os dois serviços públicos participantes deste estudo foram responsáveis por aproximadamente 90% das notificações de aids no município de Belo Horizonte no período. A associação encontrada entre ser atendido em um dos centros com retirada irregular e abandono deve-se provavelmente ao fato de esse serviço atender a uma proporção maior de pacientes que mora fora do município de Belo Horizonte, cujo percentual de participantes no estudo foi de aproximadamente 40%. Por outro lado, os pacientes que moram fora de Belo Horizonte e abandonaram a terapia podem ter-se vinculado a outro serviço de saúde mais próximo de suas residências, não tendo propriamente abandonado o tratamento. Apesar de os pacientes sabidamente transferidos terem sido excluídos da análise, essa comunicação pode não ter ocorrido para todos os casos. De qualquer forma, tal achado vem reforçar a necessidade da descentralização da rede de assistência para municípios do interior, o que favorece o diagnóstico precoce da infecção, a oportunidade de iniciar o tratamento na fase assintomática e o adequado acompanhamento da terapia pelas equipes de saúde (BRASIL, 1999).

Indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm<sup>3</sup> tiveram maior chance de abandono do tratamento. A não percepção da gravidade da doença pelo paciente assintomático pode levar ao sentimento de não necessidade do uso dos medicamentos. Esse fato foi observado por Singh et al. (1996) que relataram que a presença de infecção oportunista era um preditor positivo da adesão. Estudo qualitativo realizado no Brasil abordando a utilização de medicamentos por indivíduos HIV+ identificou como problemas o adiamento e a recusa do cumprimento da prescrição

inicial de ARV devido à ausência de sinais e sintomas da doença (ACURCIO; GUIMARÃES, 1999). Outro estudo desenvolvido com o objetivo de determinar os fatores associados à interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial dos pacientes com infecção pelo HIV mostrou que os indivíduos mais saudáveis tendem a utilizar menos os serviços de saúde, apresentando maior risco de abandonar a terapia (RODRIGUES et al., 2003).

A associação entre *tertido registro de não adesão no prontuário médico* e o abandono é preocupante. Provavelmente, não houve qualquer intervenção dos serviços para que esses abandonos pudessem ser evitados. Fica evidente a necessidade de mudança do processo de trabalho vigente nos serviços de referência, na tentativa de se buscarem os pacientes faltosos e de se conquistar uma maior efetividade do programa de assistência aos portadores do HIV.

É fundamental a importância dos serviços de saúde na determinação da adesão dos pacientes em início de terapia. A equipe multiprofissional deve envidar esforços de acolhimento e adesão não somente dirigidos àqueles que apresentam um quadro clínico de maior gravidade, mas também aos pacientes assintomáticos, uma vez que estes apresentaram, no estudo, maiores chances de abandonar a terapia logo no início da mesma. Um estudo qualitativo, realizado com profissionais de farmácia de 15 unidades assistenciais de DST e aids, concluiu que a farmácia é um espaço potencialmente favorável para a escuta e construção de vínculos de confiança com os usuários. Porém, relata-se a importância do reconhecimento, por parte dos outros profissionais e da instituição, sobre o trabalho da farmácia (YOKAICHIYA; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2007).

Finalmente, em estudos de avaliação da adesão, é importante considerar sempre os padrões metodológicos definidos, tais como os pontos de corte e os critérios de não adesão, pois estes podem subestimar ou superestimar a adesão do paciente a terapia. Neste estudo, optou-se pela utilização do valor da média dos tempos observados entre as dispensações de ARV como ponto de corte para retirada irregular (34 dias). Note-se que esse ponto foi superior à moda (28 dias) e à mediana (30 dias), revelando uma tolerância em torno de 4 dias. Consideraram-se, assim, intervalos maiores e independentes do paciente, tais como finais de semana e feriados. Apesar do rigor estatístico, os resultados são potencialmente sensíveis ao ponto de corte adotado. Conclui-se que, embora os serviços tenham uma equipe multidisciplinar, é necessário que a linha de conduta e a metodologia utilizada sejam comuns e compartilhadas, para que o usuário tenha de fato uma atenção integral. É necessário, no início da terapia, o acolhimento e o acompanhamento sistemático do paciente por toda a equipe. Uma contribuição valiosa para tanto consiste na implantação e na efetiva utilização do SICLOM pelas unidades dispensadoras dos serviços de referência, o que permite, pela facilidade de acesso às informações, monitorar e avaliar continuamente as dispensações dos antirretrovirais, identificando rapidamente os pacientes com retirada irregular de medicamentos ou em risco de abandono do tratamento. Assim, complementam-se as

demais formas de avaliar a não adesão ao tratamento e reduz-se o impacto da não adesão aos ARV nos serviços públicos de referência e suas consequências.

**TABELA 21**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A CARACTERIZAÇÃO DAS DISPENSAÇÕES, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.**

| <b>Dispensações</b> | <b>n</b> | <b>(%)</b> |
|---------------------|----------|------------|
| Regulares           | 38       | 11,8       |
| Irregulares         | 187      | 57,9       |
| Abandono            | 98       | 30,3       |
| Total               | 323      | 100,0      |

**TABELA 22**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM RETIRADA REGULAR E IRREGULAR DE ARV E ABANDONO DA TERAPIA, DE ACORDO COM A ORDEM DAS DISPENSAÇÕES OCORRIDAS NO PERÍODO, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.**

| <b>Ordem das dispensações</b> | <b>Total de pacientes</b> | <b>Caracterização das retiradas de ARV</b> |  |                                       |
|-------------------------------|---------------------------|--|--|---------------------------------------|
|                               |                           | <b>Regular<br/>n (%)<sup>1</sup></b>       | <b>Irregular<br/>n (%)<sup>1</sup></b> | <b>Abandono<br/>n (%)<sup>1</sup></b> |
| 1 <sup>a</sup>                | 323                       | 318 (98,5)                                 | 5 ( 1,5)                               | 0 ( 0,0)                              |
| 2 <sup>a</sup>                | 323                       | 256 (79,3)                                 | 55 (17,0)                              | 12 ( 3,7)                             |
| 3 <sup>a</sup>                | 311                       | 214 (68,8)                                 | 89 (28,6)                              | 8 ( 2,6)                              |
| 4 <sup>a</sup>                | 303                       | 216 (71,3)                                 | 81 (26,7)                              | 6 ( 2,0)                              |
| 5 <sup>a</sup>                | 297                       | 204 (68,7)                                 | 85 (28,6)                              | 8 ( 2,7)                              |
| 6 <sup>a</sup>                | 289                       | 189 (65,4)                                 | 93 (32,2)                              | 7 ( 2,4)                              |
| 7 <sup>a</sup>                | 282                       | 181 (64,2)                                 | 93 (33,0)                              | 8 ( 2,8)                              |
| 8 <sup>a</sup>                | 274                       | 191 (69,7)                                 | 68 (24,8)                              | 15 ( 5,5)                             |
| 9 <sup>a</sup>                | 259                       | 176 (68,0)                                 | 70 (27,0)                              | 13 ( 5,0)                             |
| 10 <sup>a</sup>               | 246                       | 175 (71,2)                                 | 50 (20,3)                              | 21 ( 8,5)                             |
| 11 <sup>a</sup>               | 225                       | 160 (71,1)                                 | 65 (28,9)                              | 0 (0,0)                               |
| 12 <sup>a</sup>               | 225                       | 136 (60,4)                                 | 89 (39,6)                              | 0 (0,0)                               |

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO DAS DISPENSAÇÕES DE ACORDO COM VARIÁVEIS SELECIONADAS ( $p < 0,15$ ),  
PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE, 2001-2003.

|                                      | Total | Regular<br>n(%) <sup>1</sup> | Irregular<br>n(%) <sup>1</sup> | Abandono<br>n(%) <sup>1</sup> | $\chi^2$<br>(p-valor) <sup>2</sup> | $\chi^2$<br>(p-valor) <sup>3</sup> |
|--------------------------------------|-------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Sociodemográficas:</b>            |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Local da pesquisa:                   |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| CTR-DIP                              | 264   | 36 (13,6)                    | 149 (56,4)                     | 79 (29,9)                     | 4,90                               | 4,18                               |
| HEM                                  | 59    | 2 (3,4)                      | 38 (64,4)                      | 19 (32,2)                     | (0,027)                            | (0,04)                             |
| Idade (anos):                        |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| ≥35                                  | 151   | 21 (13,9)                    | 93 (61,6)                      | 37 (24,5)                     | 0,39                               | 3,43                               |
| <35                                  | 172   | 17 (9,9)                     | 94 (54,6)                      | 61 (35,5)                     | 0,53                               | 0,06                               |
| Cor da pele:                         |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Branca                               | 83    | 11 (13,3)                    | 49 (59,0)                      | 23 (27,7)                     | 0,08                               | 0,47                               |
| Preta/parda                          | 229   | 26 (11,3)                    | 130 (56,8)                     | 73 (31,9)                     | 0,77                               | 0,49                               |
| Local de residência:                 |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Belo Horizonte                       | 196   | 31 (15,8)                    | 106 (54,1)                     | 59 (30,1)                     | 8,22                               | 5,59                               |
| Fora de Belo Horizonte               | 127   | 7 (5,5)                      | 81 (63,8)                      | 39 (30,7)                     | 0,004                              | 0,02                               |
| Renda familiar:                      |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Sim                                  | 266   | 33 (12,4)                    | 162 (60,9)                     | 71 (26,7)                     | 0,12                               | 3,63                               |
| Não                                  | 53    | 4 (7,5)                      | 24 (45,3)                      | 25 (47,2)                     | 0,73                               | 0,057                              |
| Plano de saúde:                      |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Sim                                  | 85    | 15 (17,6)                    | 53 (62,4)                      | 17 (20,0)                     | 1,86                               | 7,45                               |
| Não                                  | 238   | 23 (9,7)                     | 134 (56,3)                     | 81 (34,0)                     | 0,17                               | 0,006                              |
| <b>Comportamentais:</b>              |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Uso de álcool último mês:            |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Não                                  | 194   | 29 (14,9)                    | 115 (59,3)                     | 50 (25,8)                     | 1,60                               | 6,61                               |
| Sim                                  | 115   | 9 ( 7,8)                     | 60 (52,2)                      | 46 (40,0)                     | 0,21                               | 0,01                               |
| Uso de tabaco último mês:            |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Não                                  | 203   | 29 (14,3)                    | 113 (55,7)                     | 61 (30,0)                     | 1,94                               | 2,01                               |
| Sim                                  | 106   | 9 ( 8,5)                     | 62 (58,5)                      | 35 (33,0)                     | 0,16                               | 0,16                               |
| <b>Serviços de saúde:</b>            |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Percepção da necessidade do uso ARV: |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Necessário                           | 284   | 35 (12,3)                    | 164 (57,8)                     | 85 (29,9)                     | 0,13                               | 0,85                               |
| Desnecessário/Não sabe               | 19    | 2 (10,6)                     | 7 (36,8)                       | 10 (52,6)                     | 0,72                               | 0,36                               |
| Outros medicamentos:                 |       |                              |                                |                               |                                    |                                    |
| Sim                                  | 137   | 24 (17,5)                    | 79 (57,7)                      | 34 (24,8)                     | 4,18                               | 8,53                               |
| Não                                  | 173   | 14 ( 8,1)                    | 97 (56,1)                      | 62 (35,8)                     | 0,04                               | 0,004                              |

CONTINUA



## CONTINUAÇÃO

|   | Total | Regular<br>n(%) <sup>1</sup> | Irregular<br>n(%) <sup>1</sup> | Abandono<br>n(%) <sup>1</sup> | χ <sup>2</sup><br>(p-valor) <sup>2</sup> | χ <sup>2</sup><br>(p-valor) <sup>3</sup> |
|---|-------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Recebeu orientações farmacêuticas sobre os ARV: |       |                              |                                |                               |  |  |
| Sim   | 239   | 31 (13,0)                    | 139 (58,1)                     | 69 (28,9)                     | 2,63                                     | 2,70                                     |
| Não   | 33    | 1 (3,0)                      | 21 (63,7)                      | 11 (33,3)                     | 0,11                                     | 0,10                                     |
| Intervalo entre consultas:                      |       |                              |                                |                               |  |  |
| < 6 meses                                       | 260   | 35 (13,5)                    | 160 (61,5)                     | 65 (25,0)                     | 1,73                                     | 9,52                                     |
| > 6 meses                                       | 55    | 2 (3,6)                      | 24 (43,6)                      | 29 (52,7)                     | 0,19                                     | 0,002                                    |
| <b>Clínicas:</b>                                |       |                              |                                |                               |  |  |
| Classificação clínica inicial - CDC             |       |                              |                                |                               |  |  |
| Sintomático/a (B/C)                             | 169   | 24 (14,2)                    | 92 (54,4)                      | 53 (31,4)                     | 2,71                                     | 0,65                                     |
| Assintomático/a (A)                             | 135   | 12 (8,9)                     | 86 (63,7)                      | 37 (27,4)                     | 0,10                                     | 0,42                                     |
| Contagem de linfócitos T CD4+ inicial:          |       |                              |                                |                               |  |  |
| < 200 células/mm <sup>3</sup>                   | 137   | 26 (19,0)                    | 73 (53,3)                      | 38 (27,7)                     | 11,07                                    | 9,66                                     |
| > 200 células/mm <sup>3</sup>                   | 186   | 12 (6,5)                     | 114 (61,3)                     | 60 (32,2)                     | 0,0009                                   | 0,002                                    |
| Esquema com inibidor de protease:               |       |                              |                                |                               |  |  |
| Sim   | 152   | 27 (17,8)                    | 83 (54,6)                      | 42 (27,6)                     | 8,99                                     | 8,71                                     |
| Não   | 171   | 11 (6,4)                     | 104 (60,8)                     | 56 (32,7)                     | 0,003                                    | 0,003                                    |
| Troca de antirretrovirais no período:           |       |                              |                                |                               |  |  |
| Não   | 236   | 30 (12,7)                    | 144 (61,0)                     | 62 (26,3)                     | 0,33                                     | 3,52                                     |
| Sim   | 75    | 6 (8,0)                      | 38 (50,7)                      | 31 (41,3)                     | 0,57                                     | 0,06                                     |
| Teve registro de não adesão no prontuário:      |       |                              |                                |                               |  |  |
| Não   | 239   | 32 (13,4)                    | 154 (64,4)                     | 53 (22,2)                     | 0,44                                     | 11,75                                    |
| Sim   | 72    | 4 (5,5)                      | 28 (38,9)                      | 40 (55,6)                     | 0,51                                     | 0,0006                                   |

<sup>1</sup> Proporção em relação ao total para cada categoria de exposição.

<sup>2</sup> Comparando o grupo de retirada irregular com o de retirada regular.

<sup>3</sup> Comparando o grupo de abandono com o de retirada regular.

## REGISTRO DIÁRIO DE MEDICAMENTOS<sup>7</sup>

### RELEVÂNCIA DO TEMA

Como discutido no Capítulo 2, Revisão Sistemática, não existe um “padrão ouro” para se medir a adesão. Tal fato leva à necessidade da pesquisa por melhores instrumentos e do uso de vários deles, no mesmo estudo, para a obtenção de dados mais próximos

<sup>7</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em Álvares et al. (2007).

da realidade. Várias estratégias têm sido relatadas na literatura e nenhuma delas está isenta de problemas, sejam eles de ordem prática ou metodológica; todas apresentam limitações e, de algum modo, sobrestimam ou subestimam a adesão. Os métodos usados para a medida variam em grau de conveniência e efetividade (WILLIAMS, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; STONE, 2001).

Três instrumentos baseiam-se no método do autorrelato do paciente: a entrevista estruturada, o questionário padronizado e o registro diário de medicamentos (RDM). As principais vantagens desse método são o baixo custo e a flexibilidade do desenho. Os dados são facilmente coletados e podem ajudar a determinar as razões por que os pacientes são não aderentes.

As entrevistas estruturadas apresentam como principal viés o fato de os pacientes nem sempre revelarem a verdade. No entanto, a identificação dos não aderentes é altamente específica e aponta para onde devem ser feitas intervenções (HACKER et al., 2004; CHESNEY, 2000; STONE, 2001).

O questionário padronizado também é uma medida subjetiva, mas quando verifica comportamentos referentes a recomendações médicas específicas (frequência de alimentação e uso de medicamentos, por exemplo), pode ser um bom preditor de adesão, melhor, inclusive, que a entrevista (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O RDM tem como vantagem a facilidade de preenchimento, sendo acessível inclusive a pacientes de baixa escolaridade; a desvantagem é que o paciente precisa se lembrar de preencher o diário, fazendo-o adequada e prospectivamente. Outra possível limitação desse instrumento é a possibilidade de não somente medir a adesão, mas interferir no comportamento de ingestão de medicamentos (CHESNEY, 2000; WAGNER; GHOSH-DASTIDAR, 2002). De modo geral, o autorrelato, independentemente do instrumento utilizado, reflete a adesão apenas em um curto período de tempo ou uma adesão média, normalmente sobrestimada. De fato, todas as medidas que dependem da colaboração do paciente estão sujeitas a imprecisão, seja pela informação dada pelo paciente, seja por sua perda de vontade de cooperar (BONOLO et al., 2005).

Nesse contexto, apresentamos na presente seção uma avaliação do uso do Registro Diário de Medicamentos (RDM) como instrumento de medida de adesão ao tratamento antirretroviral, em indivíduos em início de tratamento, visto que se trata de um instrumento de fácil acesso e pode contribuir na melhoria da adesão a tratamentos prescritos.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O RDM era apresentado ao paciente ao final da entrevista basal, como indicado no Capítulo 3. O entrevistador exemplificava a forma correta de preenchimento. Após a explicação, pedia-se ao paciente que preenchesse o RDM, como havia sido orientado

pelo entrevistador. Caso o paciente não acertasse, repetia-se a orientação e, mais uma vez, solicitava-se ao paciente o preenchimento do formulário. Finalmente, acertando ou não o procedimento, o paciente era convidado a levar um RDM para casa, preenchê-lo duas semanas após a entrevista basal e trazê-lo de volta na primeira entrevista de acompanhamento, agendada para dali a um mês.

A avaliação do RDM baseou-se nos seguintes critérios: em primeiro lugar, foi observada a possibilidade de o instrumento ser compreendido pelo paciente; em seguida verificou-se a aceitação do instrumento por parte dos usuários, por meio de uma análise de resposta e, por último, aferiu-se a qualidade do preenchimento do instrumento, em uma análise de adequação. Após a análise do instrumento, verificou-se a adesão dos pacientes e os fatores a ela associados. A análise foi dividida em três partes:

a) *Compreensão do preenchimento*, tendo em vista o momento da explicação dada pelo entrevistador. A compreensão foi considerada como total quando o paciente soube reproduzir o explicado pelo entrevistador após a primeira explicação; parcial, quando foi necessária uma segunda explicação;

b) *Análise da resposta*, definida como o ato de o paciente preencher e trazer o RDM para a entrevista de acompanhamento. Foi realizada comparando-se o grupo de pacientes que preencheram o formulário e o entregaram com o grupo dos que não o devolveram; e

c) *Adequação do preenchimento*, definida como o preenchimento segundo explicado pelo entrevistador. Foi considerado como inadequado qualquer preenchimento realizado de forma diferente. Para cada RDM, foram contabilizados os números de preenchimentos inadequados pela distribuição de frequência simples. Para a realização da análise do preenchimento, calculou-se a proporção de preenchimentos inadequados. As análises foram feitas considerando-se um ponto de corte no terceiro quartil da distribuição das proporções de preenchimentos inadequados.

Dos 406 indivíduos participantes do Projeto ATAR, 391 (96,3%) fizeram o treinamento do preenchimento do RDM e 362 (89,2%) retornaram para a primeira entrevista de acompanhamento. Dos que retornaram, 260 (71,8%) entregaram o RDM e, dentre esses, 251 (96,5%) permitiram a leitura do que havia sido preenchido. O principal motivo para o não treinamento foi falta de tempo ou recusa. Dos 391 pacientes que fizeram o treinamento, 377 (96,5%) foram capazes de reproduzir a explicação dada pelo entrevistador na primeira tentativa. Para estes, a compreensão do preenchimento do RDM foi considerada total. Para 14 (3,5%) pacientes foi necessário repetir a explicação. Após a segunda demonstração da forma correta de preenchimento, estes puderam realizar a tarefa proposta, e sua compreensão foi tida como parcial. Todos os pacientes foram capazes de preencher o RDM. Somente 15 (3,7%) não realizaram o treinamento por falta de tempo ou por se recusarem a expor seu tratamento às pessoas do convívio pessoal. De fato, o estigma e a discriminação existentes constituem uma barreira aos

portadores do HIV/aids, e é compreensível que alguns indivíduos prefiram manter sua condição em sigilo. De acordo com o UNAIDS (2006), o estigma e a discriminação enfraquecem ações de prevenção e bloqueiam os esforços para o controle da epidemia, criando um clima ideal para favorecer seu crescimento. Juntos, constituem uma das maiores barreiras para a prevenção de infecções, promoção de cuidado, suporte e tratamento adequados, bem como redução do impacto da doença, pois fazem com que as pessoas sintam medo de verificar se estão infectadas e desencorajam a adoção de medidas preventivas, que podem ser interpretadas como uma confissão da infecção pelo HIV.

No momento do treinamento, todos os pacientes foram capazes de reproduzir a explicação do entrevistador sobre a forma de preenchimento do RDM, e para apenas 3,5% foi necessário repetir a instrução. Tal fato vem confirmar a capacidade do RDM de atender indivíduos de baixa escolaridade ou analfabetos, visto que a maior parte da população tinha 8 anos ou menos de escolaridade formal.

Observou-se que o RDM ajuda o paciente a compreender melhor a forma de utilização dos ARV. Nos dois serviços estudados, antes que fosse feita a primeira dispensação de ARV, os pacientes são orientados por um farmacêutico sobre a forma correta de uso dos medicamentos e outros aspectos importantes do tratamento. Dessa forma, o formulário pode ser usado como um tipo de intervenção, no sentido de promover a adesão do paciente ao tratamento. Além disso, de acordo com Wagner & Ghosh-Dastidar (2002), a utilização de um diário pode promover a adesão por aumentar a percepção do paciente sobre seu tratamento. É como um sistema de retroalimentação: o paciente lembra-se do formulário e consequentemente dos medicamentos e, do mesmo modo, lembra-se dos medicamentos e, por isso, do RDM. Weidle et al. (1999) encontraram que uma das principais causas de falhas de doses entre 173 pacientes estudados foi o esquecimento, demonstrando que os pacientes precisam de ajuda para se lembrarem dos medicamentos, e o RDM pode ser usado nesse sentido. Straka et al. (1997), estudaram a adesão ao tratamento em pacientes com doença cardíaca e observou que aqueles que completavam o registro diário tinham um aumento significativo na adesão, de 46 para 55%.

Dos 362 pacientes que retornaram para a entrevista de acompanhamento, 260 (71,8%) trouxeram o RDM preenchido. A comparação entre o grupo que retornou e trouxe o RDM com aquele que retornou e não o trouxe mostrou que os grupos diferem com relação a algumas características. Observa-se que as variáveis *morar com alguém que usa ARV* ( $p= 0,004$ ), *usar outro serviço de saúde* ( $p= 0,030$ ), *ficar pelo menos um dia sem usar ARV* ( $p= 0,001$ ) e *trocar de esquema ARV* ( $p= 0,001$ ) estão associadas de forma estatisticamente significativa com a não entrega do RDM. Apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, observa-se que os indivíduos residentes em Belo Horizonte ( $p= 0,090$ ), de cor da pele não branca ( $p= 0,179$ ) e que deixam de tomar

alguma dose de ARV ( $p= 0,063$ ), em maior proporção, não entregam o RDM na entrevista de acompanhamento (Tabela 24). A análise das perdas mostrou que o grupo que retornou e trouxe o RDM apresenta algumas características diferentes daquelas observadas no grupo que retornou e não trouxe o RDM, inclusive em variáveis que podem indicar a adesão ao tratamento (por exemplo, ficar pelo menos um dia sem usar os medicamentos). A alta taxa de perda e a perda diferencial são vieses importantes em estudos epidemiológicos e devem ser considerados ao se utilizar o instrumento, em pesquisa ou na rotina do serviço, como única forma de medida.

A distribuição de frequência simples mostrou que 74 (28,5%) RDM apresentavam pelo menos um preenchimento inadequado. A distribuição dos RDM com preenchimentos inadequados indicou que 75% tinham menos que 5% de preenchimentos assim classificados. Adotou-se, então, o terceiro quartil dessa distribuição como ponto de corte para comparação da qualidade do preenchimento. Houve uma maior proporção de preenchimentos inadequados entre as mulheres, entre os não brancos, os de baixa escolaridade, os que não tinham renda familiar, os que moravam sozinhos e os que não tinham plano de saúde. Observou-se, ainda, maior proporção de preenchimento inadequado entre os indivíduos que utilizaram esquema terapêutico com três ou mais ARV, mas apenas a baixa compreensão das orientações médicas segundo a percepção do paciente esteve associada de forma estatisticamente significativa ao preenchimento inadequado do RDM.

O RDM apresenta muitas vantagens como um instrumento de medida de adesão, entre elas o baixo custo e a facilidade de assimilação por parte dos respondentes. No entanto, é necessário que o paciente preencha o formulário, e este é um problema de difícil resolução. Sua utilização deve levar em consideração aspectos relacionados ao tratamento e ao estilo de vida dos pacientes. É de grande importância o papel do serviço e sua influência sobre o comportamento dos indivíduos, devendo haver uma abordagem diferenciada, além de uma conscientização, multiprofissional se possível, sobre o uso do RDM e seu impacto na saúde do sujeito. Sugere-se uma monitorização do preenchimento, que pode evitar perdas e otimizar o uso do RDM.

Um dos fatores que pode ter dificultado a aceitabilidade do instrumento pelos pacientes é seu tamanho e visibilidade, que facilitam a identificação dos indivíduos como portadores do HIV. O estigma e a discriminação ainda são barreiras que precisam ser transpostas; por isso, é necessário proteger os indivíduos, evitando exposições desnecessárias. Sugere-se então que, para ser utilizado pelo serviço de saúde, o RDM passe por modificações que o tornem mais discreto e de mais fácil manuseio pelo paciente. Pode-se reduzir o seu tamanho ou confeccioná-lo de forma que permita dobras, de modo que o formulário caiba em bolsas. Outra alternativa seria torná-lo menos colorido. No entanto, o estímulo visual é importante para alguns pacientes e remover essa característica pode reduzir a motivação para o preenchimento.

A análise da adequação do preenchimento confirmou, mais uma vez, a capacidade do instrumento de atender a indivíduos de baixa escolaridade. Dos 260 RDM entregues na entrevista de acompanhamento, 28,5% apresentavam algum tipo de inadequação do preenchimento; no entanto, apenas 9 (3,5%) não permitiam leitura do que foi preenchido. A utilização de um instrumento de fácil manuseio e entendimento pode prover resultados mais acurados.

**TABELA 24**

**AValiação de Devolução do RDM na Primeira Entrevista de Acompanhamento, Projeto ATAR, Belo Horizonte, 2001-2003.**

| <b>Característica</b>               | <b>Total</b> | <b>Entregaram o RDM (%)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p-valor</b> |
|-------------------------------------|--------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|
| Residência                          |              |                             |                            |                |
| Belo Horizonte                      | 300          | 210 (80,8)                  |                            |                |
| Interior                            | 62           | 50 (19,2)                   | 2,88                       | 0,090          |
| Mora com alguém que usa ARV         |              |                             |                            |                |
| Sim                                 | 57           | 32 (12,3)                   |                            |                |
| Não                                 | 304          | 228 (87,7)                  | 8,22                       | 0,004*         |
| Usa outro serviço de saúde          |              |                             |                            |                |
| Sim                                 | 74           | 46 (18,3)                   |                            |                |
| Não                                 | 275          | 206 (81,7)                  | 4,72                       | 0,030*         |
| Faz terapia no serviço              |              |                             |                            |                |
| Sim                                 | 19           | 17 (6,8)                    |                            |                |
| Não                                 | 329          | 234 (93,2)                  | 3,01                       | 0,083          |
| Ficou pelo menos 1 dia sem usar ARV |              |                             |                            |                |
| Não                                 | 278          | 217 (83,5)                  |                            |                |
| Sim                                 | 84           | 43 (16,5)                   | 23,00                      | 0,001*         |
| Deixou de tomar alguma dose         |              |                             |                            |                |
| Não                                 | 300          | 222 (85,4)                  |                            |                |
| Sim                                 | 61           | 38 (14,6)                   | 3,48                       | 0,063          |

\*p< 0,05

## **O AUTORRELATO COMO MEDIDA DE ADEÇÃO NO CONTEXTO DO PROJETO ATAR<sup>8</sup>**

### **RELEVÂNCIA DO TEMA**

O foco principal desta análise foi avaliar a ocorrência do primeiro episódio de não adesão durante os primeiros meses de tratamento, aferida por meio de autorrelato utilizando a entrevista semiestruturada. A revisão sistemática sobre o tema e metodologia

<sup>8</sup> O conteúdo desta seção for parcialmente baseado em Bonolo et al. (2005).

do Projeto ATAR, importantes aspectos para a compreensão desta seção, foram descritos nos Capítulos 2 e 3, respectivamente. Buscou-se refletir sobre o papel do indivíduo como um dos atores principais no processo e enfatizar a participação do mesmo na decisão de iniciar e seguir a terapia e suas orientações ao longo da vida. Isso pode ser traduzido como um “vínculo terapêutico” em que se reconhecem as responsabilidades específicas do paciente, do médico e dos demais profissionais de saúde.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Dentre os 406 pacientes recrutados e que alcançaram os critérios de elegibilidade, 362 retornaram pelo menos para uma visita de seguimento. Tendo em vista que gestantes não foram incluídas na avaliação, obtiveram-se 306 participantes disponíveis para a análise. Nesse grupo, a incidência acumulada de não adesão foi de 36,9% e a taxa de incidência pessoas-tempo, de 0,21/100 pessoas-dia. Entre os 113 participantes que tiveram seu primeiro episódio de não adesão durante o período do estudo, este ocorreu na primeira, segunda e terceira visita de seguimento para, respectivamente, 57,5%, 31,0% e 11,5%, enfatizando o impacto imediato da terapia antirretroviral na população avaliada (Figura 18).

A análise univariada indicou que a não adesão foi estatisticamente associada ( $p < 0,05$ ) com sexo feminino, baixa escolaridade ( $\leq 4$  anos), baixa renda individual, estar desempregado e não ter plano privado de saúde (Tabela 25). Entretanto, as variáveis ser afrodescendente, divorciado ou viúvo, ter um horário de trabalho fixo ou atividades religiosas também mostraram associações com valores de  $p$  entre 0,05 e 0,20.

Similarmente, características comportamentais e de uso dos serviços de saúde indicaram um aumento de risco para a não adesão ( $p < 0,20$ ) entre aqueles que comunicaram seu status HIV a alguém próximo, viviam com alguém testado para o HIV, eram fumantes, foram recrutados em um dos serviços estudados (CTR/DIP Orestes Diniz), tinham suporte psicoterápico, tinham  $\geq 6$  visitas com infectologista e receberam orientação médica inadequada sobre o tratamento ARV ( $<$  seis itens). Entretanto, somente as variáveis de uso de álcool no último mês (mês anterior à entrevista basal), drogas ilícitas (durante a vida) e drogas injetáveis (durante a vida) foram associadas a valor de  $p < 0,05$ . Por outro lado, uma associação negativa com a não adesão foi encontrada entre os pacientes que relataram a utilização de mais de um serviço de saúde.

Finalmente, em relação às características clínicas, o número de pílulas prescritas por dia, ter trocado de terapia ARV pelo menos uma vez, contagem basal de linfócitos T CD4+  $> 200$  células/mm<sup>3</sup>, ter relatado três ou mais reações adversas aos ARV e ter maior tempo entre o resultado do teste do HIV ou primeira visita médica pelo HIV e a primeira prescrição de ARV foram estatisticamente associado com a não adesão ( $p \leq 0,05$ ). Tais achados claramente enfatizam a relevância dos aspectos clínicos no período

inicial do tratamento. Deve-se destacar que a variável *ser assintomático* mostrou um risco aumentado, embora estatisticamente não significativo ( $p=0,182$ ).

A análise multivariada (BONOLO et al., 2005) indicou que estar desempregado ( $p=0,011$ ), fazer uso de bebida alcoólica no mês anterior à entrevista basal ( $p<0,001$ ), utilizar mais de um serviço de saúde ( $p=0,002$ ), tomar mais de 12 pílulas prescritas ao dia ( $p=0,02$ ), relatar três ou mais reações adversas aos ARV ( $p=0,017$ ), ter trocado de esquema de ARV ( $p<0,001$ ) e ter maior tempo entre o resultado do teste do HIV e a primeira prescrição de ARV ( $p<0,001$ ) foram as únicas variáveis que permaneceram estatisticamente associadas com maior risco para a não adesão na população do estudo.

Conforme nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo prospectivo, no Brasil, que avaliou o impacto inicial da TARV. A incidência cumulativa da não adesão (36,9%) encontrada neste estudo foi alta e ocorreu, na maioria dos casos, entre a entrevista basal e a primeira visita de seguimento (mediana de tempo = 41 dias), sugerindo fortemente que avaliações precoces e estratégias de intervenções devem ser prioridades dos dois serviços públicos de referência avaliados.

Os resultados apontam para a importância das variáveis clínicas e relacionadas com os serviços de saúde como indicadores potenciais de não adesão. Algumas delas são, de fato, consequências próprias da TARV, como a presença das reações adversas, o número de pílulas a serem tomadas por dia e a troca de regime terapêutico de ARV durante o curso do tratamento. Outras, entretanto, são claramente associadas com o acesso aos serviços de saúde anteriormente ao início da terapia, como o início tardio do tratamento, orientação médica e o tempo entre o resultado do teste do HIV e a primeira visita médica e a primeira prescrição de ARV.

A associação observada entre a não adesão com maior período de tempo entre o resultado do teste HIV e a primeira prescrição de ARV pode ser consequência de irregularidade na atenção clínica de rotina para o HIV (ARICI et al., 2002). Devido ao grande número de pacientes acompanhados, os serviços tendem a priorizar aqueles de condição clínica mais grave, os quais podem também ter maiores complicações resultantes da não adesão ao tratamento (SPIRE et al., 2002). A interrupção ou irregularidade das visitas médicas antes de iniciar a TARV ou durante a mesma pode ser um obstáculo potencial à adesão, vez que o paciente deixa de receber o aconselhamento necessário para o tratamento, o que enfatiza a necessidade de avaliação precoce de pacientes potencialmente não aderentes (NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004; RODRIGUES et al., 2003; KLEEBERGER et al., 2004). Similarmente, a associação negativa entre o uso de mais de um serviço de saúde e a não adesão sugere que o suporte de outros profissionais de saúde pode influenciar positivamente a adesão aos ARV, como mencionado por Spire et al. (2002). Pacientes com acesso aos serviços não governamentais ou privados podem ter benefícios adicionais, como facilidade de acesso e de acompanhamento clínico-laboratorial.



As reações adversas, o grande número de pílulas ao dia e a troca de regime de ARV têm sido consistentemente associados com a não adesão à TARV (NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004; DURAN et al., 2001; BRASIL, 2003b; SPIRE et al., 2002; KLEEBERGER et al., 2004; KATHERINE et al., 2002). O presente estudo também indica que esses fatores estão associados com a não adesão no período inicial do tratamento. Duran et al. (2001) destacaram que a percepção dos sintomas constitui um fator crítico para a adesão entre pacientes observados até quatro meses após o início do tratamento. Reações adversas, toxicidades e número de pílulas constituem obstáculos que desafiam a habilidade de os pacientes organizarem as suas atividades diárias, bem como suas tarefas laborais. Isso pode, potencialmente, levar à interrupção do tratamento. A troca de regime, no início do tratamento, pode ser também consequência de ambos, número de pílulas e efeitos colaterais, ao invés de falha terapêutica.

Adicionalmente ao acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, as metas da TARV devem incluir a obtenção e manutenção de níveis ótimos de resposta clínico-laboratorial ao tratamento. As intervenções devem ter um foco claro de aconselhamento, suporte social e laboral e procedimentos clínicos tais como regularidade de visitas médicas, monitoramento contínuo de reações adversas e ajustes necessários nos regimes terapêuticos. O acesso facilitado aos serviços de saúde e o estabelecimento de equipe multidisciplinar certamente contribuirão para o incremento da adesão na população estudada.

Somando-se aos aspectos clínicos, as características sociodemográficas e comportamentais não podem ser subestimadas, como demonstrado por outros autores. Estas incluem: sexo feminino (LANG et al., 2000), baixa renda e escolaridade (LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; BRASIL, 2003b; SPIRE et al., 2002), uso de bebida alcoólica (DURAN et al., 2001; FOGARTY et al., 2002), uso de drogas ilícitas (FOGARTY et al., 2002), uso de drogas injetáveis (FOGARTY et al., 2002) e tabaco (DURAN et al., 2001). Os achados atuais corroboram esses autores, embora somente o uso do álcool e o desemprego tenham permanecido como estatisticamente significativos (RH=1,91 e RH=2,38, respectivamente). O desemprego e a falta de recursos financeiros podem contribuir para o decréscimo da motivação em relação ao autocuidado e, negativamente, influenciar a capacidade dos pacientes (autoeficácia) de lidar com a terapia antirretroviral na rotina do dia a dia.

As estratégias para o incremento da adesão à terapia antirretroviral e para a efetiva redução de risco devem ser desenvolvidas lado a lado. A mensagem de aconselhamento deve ser parte integrante do cuidado clínico, ofertada oportunamente, assim que os pacientes ingressem nos serviços de saúde. Do ponto de vista programático, os sujeitos avaliados certamente se beneficiarão do acesso ao cuidado integral, com ênfase na prevenção. Para alcançar o acesso a serviços de qualidade, minimizando, assim, o risco de não adesão à TARV, há a necessidade de se expandir a capacidade dos indivíduos

de exercerem pleno controle sobre sua saúde nos complexos contextos socioculturais. Entender a vulnerabilidade e heterogeneidade entre as pessoas é certamente o primeiro passo.

Finalmente, deve-se ressaltar a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção precoce, mesmo antes do início da terapia ARV. O planejamento e implementação de indicadores factíveis para o acompanhamento da adesão deve constituir um dos principais objetivos de programas com distribuição universal de antirretrovirais, como é o caso do Brasil. Isso poderá ajudar a prevenir ou minimizar a ocorrência futura de resistência de medicamentos ao HIV e garantir melhores resultados no tratamento. O desafio de alcançar níveis ótimos de adesão deve ser de responsabilidade imediata dos serviços de saúde, em todos os seus níveis, compartilhado pelos profissionais de saúde e pacientes.

**FIGURA 18**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO ADERENTES, DE ACORDO COM NÚMERO DE RETORNOS E O MOMENTO DA MEDIDA DA NÃO ADESÃO.**

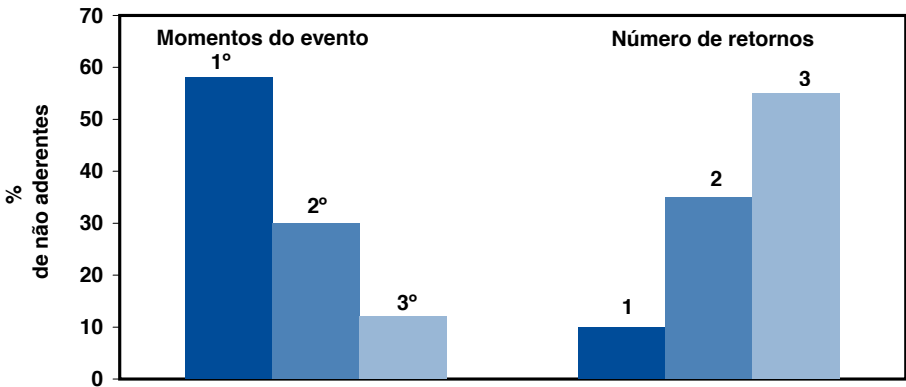


TABELA 25

ANÁLISE UNIVARIADA DO 1º EPISÓDIO DE NÃO ADESÃO AOS ARV, BELO HORIZONTE (MG),  
(N=306), 2001-2003.

| Características                      | Total <sup>1</sup> | Não aderentes n(%) <sup>2</sup> | p-valor |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------------------|---------|
| <b>Sociodemográficas</b>             |                    |                                 |         |
| Sexo:                                |                    |                                 |         |
| Feminino                             | 107                | 50 (46,7)                       | 0,031*  |
| Masculino                            | 199                | 63 (31,7)                       |         |
| Raça:                                |                    |                                 |         |
| Afrodescendente                      | 218                | 87 (39,9)                       | 0,068   |
| Branca                               | 75                 | 22 (29,3)                       |         |
| Escolaridade:                        |                    |                                 |         |
| ≤ 4 anos                             | 83                 | 39 (46,9)                       | 0,024*  |
| 5-8 anos                             | 85                 | 29 (34,1)                       | 0,362   |
| > 8 anos                             | 137                | 24 (32,4)                       |         |
| Estado civil:                        |                    |                                 |         |
| Divorciado(a)/viúvo(a)               | 54                 | 24 (44,4)                       | 0,073   |
| Casado(a)                            | 108                | 42 (38,9)                       | 0,271   |
| Solteiro(a)                          | 144                | 47 (32,6)                       |         |
| Renda individual <sup>5</sup> :      |                    |                                 |         |
| ≤ R\$240                             | 175                | 75 (42,9)                       | 0,018*  |
| > R\$240                             | 127                | 37 (29,1)                       |         |
| Fonte de infecção pelo HIV:          |                    |                                 |         |
| UDI <sup>6</sup>                     | 11                 | 7 (63,6)                        | 0,051   |
| HSH <sup>7</sup>                     | 65                 | 22 (33,8)                       | 0,317   |
| Heterossexual                        | 226                | 81 (35,8)                       |         |
| Trabalho:                            |                    |                                 |         |
| Desempregado(a)                      | 110                | 51 (46,4)                       | 0,011*  |
| Horário fixo no trabalho             | 137                | 48 (35,0)                       | 0,210   |
| Horário não fixo                     | 59                 | 14 (23,7)                       |         |
| Plano privado de saúde:              |                    |                                 |         |
| Não                                  | 232                | 92 (39,7)                       | 0,039*  |
| Sim                                  | 74                 | 21 (28,4)                       |         |
| Atividade religiosa:                 |                    |                                 |         |
| Nenhuma                              | 159                | 64 (40,2)                       | 0,191   |
| Regular                              | 147                | 49 (33,3)                       |         |
| <b>Comportamentais</b>               |                    |                                 |         |
| Comunicou seu status HIV+:           |                    |                                 |         |
| Sim                                  | 255                | 98 (38,4)                       | 0,137   |
| Não                                  | 40                 | 11 (27,5)                       |         |
| Vive com alguém já testado para HIV: |                    |                                 |         |
| Sim                                  | 132                | 55 (41,7)                       | 0,123   |
| Não                                  | 99                 | 31 (31,3)                       |         |

CONTINUA

| Características  | Total <sup>1</sup> | Não aderentes n(%) <sup>2</sup> | p-valor  |
|--|--------------------|---------------------------------|----------|
| Uso de álcool no mês anterior à entrevista basal:          |                    |                                 |          |
| Sim  | 111                | 75 (42,9)                       | 0,018*   |
| Não  | 184                | 37 (29,1)                       |          |
| Uso de droga injetável (alguma vez na vida):               |                    |                                 |          |
| Sim  | 17                 | 11 (64,7)                       | 0,015*   |
| Não  | 278                | 98 (35,2)                       |          |
| Uso de drogas ilícitas (alguma vez na vida):               |                    |                                 |          |
| Sim  | 83                 | 40 (48,2)                       | 0,007*   |
| Não  | 212                | 69 (32,5)                       |          |
| Tabaco (uso atual):  |                    |                                 |          |
| Sim  | 101                | 42 (41,6)                       | 0,075    |
| Não  | 194                | 67 (34,5)                       |          |
| <b>Serviços de saúde e Clínicas</b>                        |                    |                                 |          |
| Usou mais de um serviço de saúde:                          |                    |                                 |          |
| Sim  | 68                 | 20 (29,4)                       | 0,103    |
| Não  | 227                | 89 (39,2)                       |          |
| Número de pílulas prescritas/dia:                          |                    |                                 |          |
| < 7  | 136                | 42 (30,9)                       | 0,292    |
| 7-12   | 140                | 55 (39,3)                       |          |
| > 12   | 30                 | 16 (53,3)                       |          |
| Troca de regime ARV:                                       |                    |                                 |          |
| Sim  | 66                 | 44 (66,7)                       | <0,001** |
| Não  | 240                | 69 (28,7)                       |          |
| Contagem de linfócitos T CD4+:                             |                    |                                 |          |
| > 200 células/mm <sup>3</sup>                              | 116                | 51 (44,0)                       | 0,018*   |
| ≤ 200 células/mm <sup>3</sup>                              | 156                | 47 (30,1)                       |          |
| Reações adversas:  |                    |                                 |          |
| ≥ 3  | 146                | 81 (46,0)                       | <0,001** |
| < 3  | 159                | 21 (24,0)                       |          |
| Tempo entre resultado do teste HIV e 1ª prescrição de ARV: |                    |                                 |          |
| ≥ 113 dias   | 158                | 71(46,4)                        | <0,001** |
| < 113 dias   | 158                | 42 (27,4)                       |          |
| Tempo entre 1ª visita médica e 1ª prescrição de ARV:       |                    |                                 |          |
| ≥ 42 dias  | 162                | 69 (42,6)                       | 0,035*   |
| < 42 dias  | 144                | 44 (30,6)                       |          |

<sup>1</sup> O total para cada variável difere devido aos valores ignorados.

<sup>2</sup> Número e proporção de não aderentes.

<sup>3</sup> *Relative Hazard* obtido pelo modelo de Cox com intervalo de confiança (IC) de 95%.

<sup>4</sup> Idade como variável contínua.

<sup>5</sup> Um salário mínimo.

<sup>6</sup> Usuários de droga injetável.

<sup>7</sup> Sexo entre homens.

\*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,00$ .

## CUSTO-EFETIVIDADE DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL<sup>9</sup>

### RELEVÂNCIA DO TEMA

A epidemia de HIV/aids configura um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública, sendo que o controle de sua propagação é considerado como a principal prioridade e a mais custo-efetiva entre um conjunto de propostas para o enfrentamento dos dez maiores desafios globais contemporâneos. No Brasil, os gastos com ARV têm crescido progressivamente, representando cerca de US\$ 258,7 milhões em 2004 (BRASIL, 2005b). Vários indicadores evidenciam o efeito positivo da política, adotada no país, de distribuição dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV que necessitam de tratamento, como a redução da mortalidade (50%), a diminuição das internações hospitalares (80%), a redução da incidência de infecções oportunistas e da transmissão vertical, dentre outros (BRASIL, 2003a).

Os resultados obtidos em diversos estudos do tipo custo-efetividade da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), tanto nos EUA como na Europa, indicam que esses tratamentos oferecem bons resultados em comparação com os recursos investidos (YASDANPANAH, 2004). Não obstante, o uso irregular da TARV pode propiciar o desenvolvimento de um vírus HIV resistente, fazendo com que a estrita adesão ao esquema prescrito seja indispensável para a efetividade do tratamento (MANNHEIMER et al., 2002; METHA; MOORE; GRAHAM, 1997).

Uma baixa adesão pode resultar em limitações terapêuticas futuras para o paciente e uma ameaça para a saúde pública (CHESNEY, 2000; NEMES, 2000; POPPA et al., 2004). A não adesão é a causa mais comum de falha do tratamento e é a principal variável na qual os serviços de saúde podem intervir diretamente para aumentar a efetividade da TARV. Demonstrou-se que intervenções clínicas para incrementar a adesão à TARV são custo-efetivas (GOLDIE et al., 2003).

Entre os fatores que podem contribuir para a não adesão se encontram o aumento da complexidade do tratamento, a compreensão insuficiente do uso dos medicamentos e a falta de informação sobre os riscos da não adesão (BRASIL, 2003b; CECCATO et al., 2004).

Nesse contexto, é fundamental a realização de estudos que analisem a evolução dos custos, a eficiência e a efetividade das novas formas de tratamento. Os resultados obtidos por essas avaliações podem contribuir para uma melhor distribuição de recursos e um maior nível de bem-estar das populações infectadas pelo HIV. Os objetivos dessa análise foram: 1. comparar em dois grupos de pacientes (aderentes e não aderentes no início do tratamento antirretroviral) a utilização de serviços, a evolução da doença e

---

<sup>9</sup> O conteúdo desta seção foi parcialmente baseado em: Acurcio et al. (2006).

os custos diretos da atenção à saúde; e 2. avaliar a relação custo-efetividade da adesão inicial à TARV.

## ANÁLISE E COMENTÁRIOS

O local, a população e os procedimentos metodológicos referentes ao estudo, assim como a medida de efetividade adotada, estão descritos no capítulo 3. Para a análise custo-efetividade, além dos critérios gerais de elegibilidade definidos pelo Projeto ATAR, foram acrescentados os seguintes: indivíduos que retornaram para a primeira consulta de seguimento após a admissão, que tinham informação sobre sua evolução imunológica (linfócitos T CD4+ na primeira e na última consulta médica) e que buscaram ARV de forma regular na farmácia dos serviços estudados durante um período mínimo de 9 meses. Entre os 306 pacientes elegíveis, ou seja, aqueles que retornaram pelo menos uma vez para buscar os medicamentos, 197 cumpriram os critérios de seleção para a análise custo-efetividade (ACE). A população do estudo foi subdividida em dois subgrupos, de acordo com a adesão ao tratamento ARV. A medida de adesão adotada na ACE foi a obtida por meio do autorrelato.

A análise de custos adotou a perspectiva do financiador público e se limitou à análise dos custos diretos da atenção à saúde. Os custos das atividades preconizadas para a atenção ao portador do HIV e registradas na história clínica individual, no período de 9 meses depois da primeira entrega de ARV, foram quantificados do seguinte modo: a. custo do esquema ARV prescrito a cada dispensação, calculado a partir dos preços unitários de aquisição dos medicamentos pelo Ministério da Saúde brasileiro; b. custos unitários de procedimentos calculados a partir da tabela de preços aplicada pelo Sistema Único de Saúde; c. custos hospitalares calculados a partir do custo médio de internação por diagnóstico específico, segundo o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

O custo total dos ARV foi calculado como a soma dos custos de cada dispensação realizada para cada paciente. Para as demais categorias de atividade, o custo total foi calculado como o produto do número de procedimentos ou internações pelo custo unitário de cada um desses serviços. Os custos foram obtidos a partir dos preços públicos aplicados no ano 2002. Os valores estão expressos em reais (R\$). Para a análise de custo-efetividade da adesão à terapia ARV, os indicadores foram calculados para o grupo aderente e o não aderente. A razão de custo-efetividade média para cada grupo, comparada à não terapia, foi calculada dividindo-se os custos diretos relacionados pelo número de pacientes com resposta satisfatória ao tratamento no período de estudo.

Na admissão ao estudo, os 197 participantes e os 109 não participantes apresentaram características sociodemográficas, clínicas e assistenciais muito semelhantes. Apenas se observou diferença significativa em relação à idade (os não participantes eram mais

jovens) e à ocorrência de hospitalização (maior proporção entre não participantes). Os participantes do estudo eram jovens ( $37,4 \pm 10,2$  anos), com maior proporção de homens (62,9%), não brancos (75,3%) e solteiros (47,7%). Os níveis de escolaridade e de renda eram baixos ( $7,4 \pm 3,4$  anos e R\$  $373,79 \pm 545,65$ , respectivamente) e apenas 59,2% declararam ter renda individual. Muito poucos (25,4%) dispunham de plano privado de saúde. As características clínicas indicam que a maioria dos participantes (60,4%) já apresentava um número de linfócitos T CD4+  $\leq 200$  células/mm<sup>3</sup> quando iniciaram o tratamento. Cerca de 30,0% deles já possuíam pelo menos um diagnóstico de enfermidades relacionadas com a aids. Durante o período de seguimento, o número médio de consultas médicas foi de  $6,9 \pm 4,0$  entre todos os participantes e 10,7% deles foram hospitalizados. A ocorrência de não adesão foi relatada por 40 participantes (20,3%) na primeira entrevista depois da admissão.

O período de seguimento para resultados clínicos foi de 1 ano. Durante esse período se observou (Tabela 26) a ocorrência de novos diagnósticos relacionados com a aids em uma mesma proporção (27%) para ambos os grupos de pacientes aderentes e não aderentes. Aproximadamente um terço dos pacientes nos dois grupos apresentou evolução imunológica desfavorável. Os pacientes não aderentes foram hospitalizados em uma proporção marcadamente superior (20,0%) à dos aderentes (8,3%) ( $p=0,03$ ).

Nos 9 meses de seguimento para a utilização de serviços, verificou-se (Tabela 26) maior frequência de consultas médicas entre os não aderentes do que entre os aderentes ( $p<0,05$ ). O número médio de hospitalizações também foi significativamente maior entre os não aderentes ( $0,25 \pm 0,54$ ) do que entre os aderentes ( $0,08 \pm 0,27$ ) ( $p=0,03$ ). Os dois grupos apresentaram um número médio de 15 exames laboratoriais. Nesse período, o número médio de entregas de ARV foi de  $9,17 \pm 1,56$  para o grupo aderente e de  $8,52 \pm 1,48$  para o grupo não aderente, sendo essa diferença significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0,02$ ).

O grupo não aderente mostrou custos médios mais elevados no que se refere às consultas médicas, encaminhamentos a especialistas e internações hospitalares (Tabela 27). Não se verificaram diferenças com relação aos custos de exames laboratoriais. O valor médio do esquema ARV em cada entrega foi de R\$  $375,92 \pm 180,49$ . O custo de ARV foi maior no grupo aderente, mas a diferença não foi significativa ( $p=0,16$ ). Em seu conjunto, o custo direto médio por paciente foi um pouco mais elevado (8,5%) entre os aderentes, mas essa diferença tampouco foi significativa ( $p=0,30$ ). Os ARV representaram 94,6% do custo médio entre os aderentes e 90,0% desse custo entre os não aderentes.

No modelo de regressão linear múltipla, estimado para explicar o custo, os pacientes aderentes aos ARV apresentam um custo direto médio de R\$ 496,43 a mais do que os pacientes não aderentes, uma vez controlado o efeito das variáveis explicativas selecionadas. Ademais, os pacientes com inibidores de protease no esquema ARV supõem um custo direto médio de R\$ 2.606,01 a mais que os que não seguem esse

tratamento (ACURCIO et al., 2006). Os indicadores de efetividade foram calculados a partir dos resultados clínicos. Dos 197 participantes, 90 (45,7%) apresentaram evolução global favorável durante o seguimento (Tabela 27). A resposta satisfatória foi mais frequente entre os aderentes.

Os indivíduos assintomáticos no início do seguimento e aderentes ao tratamento ARV tiveram uma probabilidade 3 vezes maior de apresentarem evolução favorável no período observado, comparados com seus grupos de referência ( $p < 0,01$ ). Além disso, os indivíduos com níveis de linfócitos T CD4+ superiores a 200 células/mm<sup>3</sup>, no início do tratamento, tiveram uma probabilidade 4,3 vezes maior de evoluir favoravelmente que aqueles com baixos níveis dessas células (ACURCIO et al., 2006).

O custo total da atenção à saúde para o grupo aderente foi de R\$ 579.264,80. Dos 157 indivíduos pertencentes a esse grupo, 76 (48,4%) apresentaram uma evolução global favorável. Para os 40 indivíduos do grupo não aderente, registrou-se um custo da atenção de R\$ 136.023,25 e 14 (35,0%) pacientes com resposta satisfatória. A razão custo-efetividade obtida para o grupo aderente ao tratamento ARV (R\$ 7.621,91), comparada à não terapia, foi menor que a observada entre os não aderentes (R\$ 9.715,95) (Tabela 27).

O perfil sociodemográfico dos indivíduos estudados indica que haveria sérios problemas de acessibilidade econômica aos ARV se esses medicamentos não fossem distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde. Os níveis de renda eram baixos e se pode constatar que o valor médio de cada dispensação de ARV correspondia quase ao mesmo valor da renda média individual. Essa situação evidencia a necessidade de se perseguirem ações custo-efetivas na organização da atenção ao indivíduo infectado pelo HIV, como forma de garantir a continuidade dessa atenção de maneira universal, segundo vem sendo praticada no Brasil.

No início do tratamento ARV, a maioria dos participantes já apresentava um baixo número de linfócitos T CD4+ e um terço deles já possuía ao menos um diagnóstico de aids. A contagem inicial de linfócitos T CD4+ tem sido considerada um dos mais importantes determinantes dos custos, benefícios clínicos e custo-efetividade entre infectados pelo HIV (FREEDBERG et al., 2001). Custos de tratamento mais elevados foram observados em pacientes que se apresentaram tardiamente aos serviços de saúde (KRENTZ; AULD; GILL, 2004). Não obstante, devido à incerteza sobre os efeitos adversos a longo prazo, existe controvérsia quanto ao momento apropriado para iniciar a TARV em pacientes com células T CD4+ entre 350 células/mm<sup>3</sup> e 500 células/mm<sup>3</sup>. A terapia precoce tem sido respaldada por estudos recentes como uma alternativa adequada e custo-efetiva (HOLMBERG et al., 2004; MAUSKOPF et al., 2005; SCHACKMAN et al., 2002). Adicionalmente, cabe ressaltar que a decisão de início da TARV nesses pacientes deve levar em consideração certas características individuais, como motivação para o tratamento, capacidade de adesão e existência de comorbidades (BRASIL, 2003b).

Um em cada cinco participantes foi não aderente ao início do tratamento, e a não



adesão esteve associada à maior utilização de serviços ambulatoriais e hospitalares. A maior utilização de serviços tem sido relacionada com piores resultados na saúde de indivíduos infectados pelo HIV (ACURCIO; GUIMARÃES, 1998; ACURCIO; CÉSAR; GUIMARÃES, 1998). Depois da introdução da TARV, em 1996, observou-se um declínio da incidência de infecções oportunistas e a correspondente redução no uso e nos custos de cuidados hospitalares (BRASIL, 2005b; CHEQUER et al., 2002; TRAMARIN et al., 2004; YASDANPANAH, 2004). No presente estudo, ainda que os custos diretos da utilização de serviços sejam menos elevados entre os indivíduos aderentes, verifica-se que o custo direto médio por paciente não apresentou diferença significativa entre os grupos. Isso se explica principalmente pelo elevado custo relativo dos ARV. Outro estudo também identificou os medicamentos como os principais responsáveis pelos custos diretos de atenção (82,2%) para pacientes portadores do HIV na Espanha, em 2003 (LOPEZ-BASTIDA et al., 2005). Em nosso estudo, as variáveis preditoras do custo direto total por paciente foram: adesão ao tratamento e presença de inibidores de protease (IP) no tratamento ARV inicial. Um maior número de entregas de ARV e seu elevado custo relativo explica o efeito da adesão ao tratamento sobre o custo total. Mas é a presença do IP na terapia o que pressupõe o maior incremento no custo direto total por paciente. Aqui, a não racionalidade na utilização dos ARV pode haver induzido uma perda de eficiência dos recursos disponíveis. Cerca de 48% dos participantes receberam IP já no tratamento inicial. Não obstante, os tratamentos com IP não deveriam configurar-se como tratamento preferente (BRASIL, 2003b), pois os tratamentos com inibidor de transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN) são de posologia mais simples e tendem a apresentar menos efeitos adversos. Ademais, estudos com pacientes virgens de tratamento apresentam resultados equivalentes (BARTLETT et al., 2004; PODZAMCZER et al., 2002; VAN LEEUWEN et al., 2003) ou mais favoráveis com o uso de ITRNN (COOPER; YENI, 2005). Também nesse estudo, o início da terapia ARV com IP não esteve associado a uma maior efetividade. Uma importante heterogeneidade na eleição de tratamentos ARV, inconsistente com os protocolos terapêuticos, foi igualmente observada no México e apresentava um alto custo anual por paciente (BAUTISTA; MANE; BERTOZZI, 2005).

A adesão à TARV tem sido associada a resultados positivos na saúde de pacientes infectados pelo HIV (GARCIA DE OLALLA et al., 2002; VALENTI, 2001). Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo, no qual indivíduos aderentes apresentaram uma probabilidade três vezes maior de evolução favorável do que os não aderentes. Assim, ainda que se observe um custo razoavelmente fixo por paciente, a maior efetividade derivada da adesão ao tratamento resultou na menor razão custo-efetividade entre os aderentes do que entre não aderentes, comparando ambos os grupos com a não terapia.

Estudos realizados em países desenvolvidos apresentam resultados consistentes,

com uma razão custo-efetividade estimada em cerca de US\$ 20.000/AVAQ (Anos de vida ajustados pela qualidade) para a TARV, comparada com a não terapia (YASDANPANA, 2004). Outros estudos reforçam a TARV como uma intervenção custo-efetiva (ANIS et al., 2000; BASUYAU et al., 2004; BECK et al., 2004). Os esquemas terapêuticos ARV oferecem boa utilidade para os recursos gastos em comparação com outras intervenções. Mesmo com o alto custo dos ARV, a queda na utilização hospitalar e o incremento na qualidade de vida com a TARV compensam o custo dos medicamentos (KRENTZ; AULD; GILL, 2003; VALENTI, 2001; WALLACE et al., 2001). Entretanto, Bozzette (2004) alerta que, com o transcorrer do tempo, o êxito da TARV em prolongar a vida foi maior que o êxito em reduzir o custo e, por consequência, resulta em um aumento de custo vitalício do cuidado, com aumentos desproporcionais nos gastos farmacêuticos. Desse modo, seguem sendo necessárias análises de custo-efetividade mais refinadas sobre a TARV. No contexto de países de baixa renda, será importante incluir os custos associados com a utilização atual e as futuras consequências dessas intervenções. Assim, incluir os ganhos de produtividade resultantes da redução da morbidade e do incremento na sobrevivência de jovens pode tornar a TARV mais custo-efetiva nesses países. Da mesma forma, a probabilidade de que a TARV diminua o risco de transmissão do HIV ou a maior motivação para realizar o teste para o HIV devido à disponibilidade de um tratamento efetivo são aspectos que devem ser considerados (SENDI et al., 2001; SUPAKANKUNTI; TSUNEKAWA; PHETNOI, 2005; YASDANPANA, 2004). Intervenções clínicas para melhorar a adesão à TARV também se mostraram custo-efetivas. Um estudo avaliou o custo-efetividade dessas intervenções entre pacientes em diferentes estágios da doença, a eficácia do tratamento e a probabilidade de adesão. Uma razão custo-efetividade inferior a US\$ 50.000/AVAQ foi encontrada para intervenções com custo mensal entre US\$ 100 e US\$ 500, que conseguiam aumentar a adesão e reduzir as falhas de supressão viral entre 10% e 50% (GOLDIE et al., 2003).

Os resultados observados neste estudo estão de acordo com aqueles apresentados na literatura, os quais sustentam a TARV como uma intervenção custo-efetiva, que vem reduzindo a morbidade e a mortalidade relacionada ao HIV. Não obstante, para garantir uma resposta satisfatória são necessários níveis elevados de adesão ao tratamento. A baixa adesão aumenta os riscos de falha terapêutica e de progressão da doença, que resultam em um impacto negativo sobre o custo-efetividade da TARV. Assim, a iniciativa do Sistema Único de Saúde de distribuir os medicamentos ARV para o tratamento de pacientes com HIV/aids, a qual representa um grande esforço social com custos crescentes, deve ser acompanhada de maior racionalidade no uso desses medicamentos, além de seguimento adequado e suporte sistemático aos indivíduos, visando incrementar a adesão e obter maior efetividade do tratamento. A adesão satisfatória à TARV deve ser considerada um processo complexo, sendo necessários mais estudos para que se compreendam melhor as dificuldades ligadas ao cumprimento

da terapia, assim como as consequências sanitárias e econômicas que a não adesão à terapia ARV acarreta.

**TABELA 26**

**RESULTADOS CLÍNICOS, EFETIVIDADE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ENTRE OS PARTICIPANTES, BELO HORIZONTE (MG), 2001-2003.**

|   | <b>Aderentes<br/>(n=157)</b> | <b>Não Aderentes<br/>(n=40)</b> | <b>p-valor</b>     |
|---|------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| <b>Resultados clínicos</b> (1 ano de seguimento)      |                              |                                 |                    |
| Diagnósticos novos relacionados a Aids:               |                              |                                 |                    |
| Pacientes, n (%)                                      | 43 (27,4)                    | 11 (27,5)                       | 0,99 <sup>a</sup>  |
| Numero de episódios                                   | 0,48±0,95                    | 0,53±1,01                       | 0,78 <sup>b</sup>  |
| Evolução imunológica desfavorável, n (%)              | 57 (36,3)                    | 13 (32,5)                       | 0,65 <sup>a</sup>  |
| Ocorrência de hospitalização, n(%)                    | 13 (8,3)                     | 8 (20,0)                        | 0,03 <sup>a</sup>  |
| <b>Efetividade</b> (1 ano de seguimento)              |                              |                                 |                    |
| Evolução global favorável, n(%)                       | 76 (48,4)                    | 14 (35,0)                       | 0,13 <sup>a</sup>  |
| <b>Utilização de serviços</b> (9 meses de seguimento) |                              |                                 |                    |
| Número total de consultas médicas                     | 5,75±3,25                    | 7,95±5,61                       | <0,01 <sup>c</sup> |
| Número de consultas ao clínico / infectologista       | 4,70±2,55                    | 5,70±2,75                       | 0,03 <sup>b</sup>  |
| Número de consultas a outros especialistas            | 1,05±1,62                    | 2,25±3,36                       | 0,01 <sup>c</sup>  |
| Número total de exames laboratoriais                  | 15,06±8,22                   | 15,00±11,39                     | 0,40 <sup>c</sup>  |
| Número de entregas de antirretrovirais                | 9,17±1,56                    | 8,52±1,48                       | 0,02 <sup>b</sup>  |
| Número de hospitalizações                             | 0,08±0,27                    | 0,25±0,54                       | 0,03 <sup>c</sup>  |

Resultados são apresentados como média±desvio padrão ou como porcentagem de indivíduos na categoria correspondente.

<sup>a</sup> teste do Chi-cuadrado.

<sup>b</sup> teste t de Student.

<sup>c</sup> teste de Mann-Whitney.

TABELA 27

**CUSTOS DIRETOS MÉDIOS POR PACIENTE E RAZÃO CUSTO-EFETIVIDADE, SEGUNDO A ADESÃO, PROJETO ATAR, BELO HORIZONTE (MG), 2001-2003.**

| Categorias                             | Custo por categoria, R\$ | Aderentes                 |                         | Não Aderentes             |                         | p-valor                 |
|--|--------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
|  |                          | Nº de Eventos / Pacientes | Custo por paciente, R\$ | Nº de Eventos / Pacientes | Custo por paciente, R\$ |                         |
| Consultas clínico/infectologista       | 2,62                     | 739 / 156                 | 12,33                   | 228 / 40                  | 14,93                   | 0,03 <sup>a</sup>       |
| Consultas outros especialistas         | 3,25                     | 165 / 67                  | 3,42                    | 90 / 25                   | 7,31                    | 0,01 <sup>b</sup>       |
| Linfócitos CD4/CD8                     | 15,00                    | 390 / 157                 | 37,26                   | 86 / 40                   | 32,25                   | 0,06 <sup>a</sup>       |
| Carga viral                            | 18,00                    | 270 / 141                 | 30,96                   | 56 / 33                   | 25,20                   | 0,07 <sup>a</sup>       |
| Outros exames laboratoriais            | -                        | 1705 / 146                | 45,82                   | 458 / 35                  | 44,09                   | 0,80 <sup>a</sup>       |
| Internações hospitalares               | -                        | 13 / 13                   | 70,95                   | 10 / 8                    | 217,45                  | 0,02 <sup>b</sup>       |
| Antirretrovirais                       | -                        | - - -                     | 3.488,85                | - - -                     | 3.059,34                | 0,16 <sup>a</sup>       |
| <b>Custo direto médio por paciente</b> |                          |                           | <b>3.689,58</b>         |                           | <b>3.400,58</b>         | <b>0,30<sup>a</sup></b> |
| [ IC 95% ] <sup>c</sup>                |                          |                           | [3.404,46 – 3.974,70]   |                           | [2.940,04 – 3.861,12]   |                         |
| Custo total                            |                          |                           | 579.264,80              |                           | 136.023,25              |                         |
| Evolução global favorável              |                          |                           | 76                      |                           | 14                      |                         |
| <b>Razão custo – efetividade</b>       |                          |                           | <b>7.621,91</b>         |                           | <b>9.715,95</b>         |                         |

Os custos são expressos em reais (R\$) para o ano de 2002. O custo por categoria indica o custo unitário médio estimado (p. ex., custo de uma consulta médica). O número de eventos/paciente, o número de unidades da categoria correspondente e o número de pacientes ativos naquela categoria, respectivamente. O custo médio por paciente para uma dada categoria foi calculado como o produto do custo unitário por categoria multiplicado pelo número de eventos e dividido pelo número total de pacientes no grupo (Aderentes=157 ou Não Aderentes=40). A razão custo-efetividade em cada grupo foi calculada dividindo-se o custo direto total pelo número de pacientes com evolução global favorável no período de acompanhamento.

<sup>a</sup> Teste t

<sup>b</sup> Teste Mann-Whitney

<sup>c</sup> [IC 95% CI], Intervalo de confiança 95%



## PROJETO ATAR: ABORDAGENS QUALITATIVAS – GRUPOS FOCAIS UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E FATORES QUE FAVORECEM OU DIFICULTAM A ADEÇÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS

José Roberto Maggi Fernandes, Francisco de Assis Acurcio, Mark Drew Crosland Guimarães

### RELEVÂNCIA DO TEMA

Sabendo-se que o acesso aos serviços de saúde e sua utilização podem influenciar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos vivendo com HIV/aids e o processo de adesão aos ARV, é importante avaliar os diversos componentes ligados a esses serviços, no sentido de orientar as políticas de saúde para melhorar o acesso da população aos mesmos. Esta avaliação tem como pressupostos verificar: estrutura, processo e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2002).

Segundo Donabedian (DONABEDIAN, 1968), “no coração da investigação da qualidade está o esclarecimento da relação entre processo e resultado e entre a estrutura e o processo”. O termo estrutura refere-se aos atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção. Os fatores que constituem as condições sob as quais o cuidado é oferecido incluem: recursos materiais, como instalações e equipamentos; recursos humanos, como o número, qualificação e variedade dos profissionais; características organizacionais, organização da equipe médica e de enfermagem, presença de funções de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e de revisão de desempenho, bem como métodos de pagamento do cuidado. O enfoque estrutural fundamenta-se na ideia de que pré-condições estruturais ideais facilitam a obtenção de um processo adequado para se garantir uma atenção de qualidade. O termo processo refere-se à atenção que médicos e provedores de saúde dispensam aos seus pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam essa atenção. Os componentes do processo seriam: capacitação de profissionais, execução de atividades e realização de consultas médicas. Já os resultados expressam as consequências que a atenção (ou falta dela) pode causar sobre a saúde de pacientes que a recebem (ou deixam de recebê-la). Os resultados são expressos por meio de indicadores como: morbidade, mortalidade e grau

de satisfação dos usuários, mas também incluem outras consequências da atenção, como, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade, mudanças na conduta e a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1990).

Os resultados podem ser avaliados quanto à eficácia, efetividade e eficiência. A eficácia se refere aos resultados que podem ser obtidos em condições ideais; a efetividade diz respeito aos resultados que são obtidos na prática; e a eficiência traduz o custo benefício aceitável para obtenção de algum resultado (DONABEDIAN, 1990).

Os fatores relacionados ao acesso aos serviços e à utilização destes também podem ser distinguidos em aspectos socioorganizacionais e geográficos (DONABEDIAN, 1968). Estão incluídos nos aspectos socioorganizacionais os atributos referentes aos recursos e à organização que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente para obter cuidado. Já a acessibilidade geográfica refere-se ao isolamento espacial, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obtenção do cuidado. Para Heckman (HECKMAN et al., 1998), as barreiras que dificultam a utilização de serviços por pacientes vivendo com HIV/aids podem ser subdivididas em três grupos: 1) barreiras geográficas; 2) barreiras de serviço médico-psicológico; e, 3) existência de estigmas.

Pesquisas recentes têm demonstrado a associação entre a não adesão e fatores geográficos que dificultam o acesso aos serviços de saúde (BROWN et al., 2000; HECKMAN et al., 1998; REIF; GOLIN; SMITH, 2005; STOUT; LEON; NICCOLAI, 2004; UPHOLD; MKANTA, 2005). Nas áreas rurais, existe maior deficiência no número de profissionais de saúde que podem prover cuidados médicos, dentários e psicológicos. Além disso, a rede inadequada de transporte público, a carência de suporte social e o elevado nível de discriminação prejudicam as pessoas que vivem com HIV. Dessa forma, indivíduos vivendo com HIV e residentes em área rural relatam mais problemas relacionados à utilização de serviços do que populações urbanas. Os principais problemas assinalados pela população não metropolitana foram as longas distâncias para atendimento médico especializado em HIV/aids; a deficiência de transporte para o acesso aos serviços; a deficiência de profissionais treinados e especializados na atendimento a indivíduos HIV positivos nas cidades do interior; a deficiência de profissionais de saúde mental que pudessem assisti-los em suas necessidades; e o estigma existente na zona rural direcionado às pessoas vivendo com HIV/aids (HECKMAN et al., 1998). Estes são fatores que acarretam o diagnóstico mais tardio dos pacientes infectados pelo HIV e moradores de área não metropolitana. O diagnóstico tardio prejudica o tratamento e diminui a sobrevida. Todos esses foram fatores considerados por Reif, Golin e Smith (2005) em um estudo de adesão aos ARV entre populações rurais e urbanas, cuja principal conclusão indica que a não disponibilização de serviços de suporte médico podem influenciar o processo de adesão e progressão da doença.

Fatores ligados diretamente ao funcionamento e à estrutura dos serviços de saúde também interferem no processo de adesão. O tempo transcorrido entre o primeiro teste de HIV ou a primeira consulta no centro de referência para HIV e o início da TARV estão relacionados à adesão (BONOLO et al., 2005; HOFER; SCHECHTER; HARRISON, 2004). Da mesma forma, a ausência de suporte social potencializa a chance de não adesão, o que poderia ser modificado pelo suporte da equipe de saúde mental junto aos pacientes (CATZ et al., 2000).

Assim, é necessário avaliar os aspectos relacionados aos serviços que facilitam ou dificultam a adesão aos ARV, segundo a percepção dos diversos atores envolvidos no processo, aprofundando-se a análise desses fatores e as consequências que os mesmos podem exercer sobre a adesão aos ARV.

O presente trabalho verificou os fatores relatados pelos diversos atores sociais envolvidos na TARV (profissionais de saúde e representantes de organizações não governamentais) que estão associados ao processo de adesão aos ARV e aos componentes dos serviços, a saber, estrutura, processo e resultados, mediante uma abordagem qualitativa. Optou-se por essa metodologia em função de tratar-se de um método eficaz para a compreensão em profundidade de um fenômeno que se deseja investigar e proporcionar dados que, em muitas ocasiões, são de difícil acesso para o investigador ou impossíveis de se obter por outras vias (CERDA et al., 1999; POPAY, 2003).

## **RESULTADOS**

### **FATORES FAVORÁVEIS À ADESÃO AOS ARV**

#### *A) RELACIONADOS À ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*

##### **CAPACITAÇÃO MÉDICA ADEQUADA**

Os profissionais de saúde e representantes das ONG envolvidas relataram a necessidade de uma equipe médica com formação adequada, sendo sua capacitação deficiente uma barreira à adesão aos ARV. Os médicos devem ter experiência na área de infectologia, devendo ser submetidos à capacitação e cursos de reciclagem regulares.

“O médico deve ser um profissional que trabalhe com infectologia” (DSC 2.8).

“Devem-se capacitar e reciclar os médicos para lidar com o lado social dos pacientes, não apenas com o clínico” (DSC 4.1).



## **EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Vários participantes citaram a necessidade de uma equipe multidisciplinar constituída por diferentes profissionais que possam auxiliar no acompanhamento dos pacientes vivendo com HIV/aids, melhorando, assim, o processo de adesão. Os farmacêuticos, por exemplo, por possuírem um conhecimento mais aprofundado dos medicamentos, podem ensinar ou reforçar as orientações médicas sobre os diversos fármacos prescritos. Da mesma forma, os profissionais do serviço social representam um apoio para os usuários, tornando-se confidentes destes, que, muitas vezes, revelam apenas a eles os motivos de não adesão ao tratamento.

“Toda a equipe - assistência social, psicologia, enfermagem - deve insistir sobre a adesão, fornecendo esse tipo de informação quando procurado” (DSC 2.12).

“Acho a atenção farmacêutica extremamente importante, porque o/a farmacêutico/a entende de remédio e senta com o paciente explicando o porquê dos mesmos. É importante que o paciente tenha uma entrevista com o/a farmacêutico/a na primeira visita, mesmo que o médico já tenha explicado o que ele precisa” (DSC 2.16).

## **DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DOS ARV**

A distribuição gratuita, pelo governo, dos ARV e dos medicamentos utilizados na profilaxia e tratamento de infecções oportunistas é um fator importante na adesão à terapia, pois o baixo poder aquisitivo de alguns pacientes dificulta o uso regular dos medicamentos que não são de distribuição universal.

“A distribuição gratuita da medicação facilita a adesão, pois se os medicamentos não estivessem disponíveis, num mês o paciente poderia comprá-los, no outro não. O paciente deve estar ciente que a medicação é gratuita, mas cara e complicada de se obter” (DSC 2.15).

### **B) RELACIONADOS AO PROCESSO DE TRABALHO**

#### **BOA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Os representantes de ONG e profissionais de saúde expressaram a importância de

uma boa relação médico-paciente no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids. O médico deve investigar melhor as dúvidas, medos e angústias dos pacientes, disponibilizando um tempo maior de consulta e permitindo, dessa forma, maiores esclarecimentos sobre o processo do adoecimento. Uma boa relação médico-paciente cria um vínculo do usuário com o serviço e com o profissional, o que levará ao nível de adesão desejado.

“É necessária uma boa relação médico-paciente. O médico deve conhecer melhor o paciente para melhor adequar a este a medicação e a respectiva posologia. Adequar realmente o tratamento ao paciente e não o paciente ao tratamento. O médico deve ter disponibilidade de tempo e paciência para prestar os devidos esclarecimentos. Entretanto, mesmo que determinado médico seja bom profissional, pode não ser bom para determinado paciente. Há pacientes que se dão bem com uns e que não se dão bem com outros” (DSC 2.7).

“Quando o paciente adere ao tratamento é porque realmente já tem um vínculo com o serviço, com um profissional. Ele sente segurança nesse profissional, na equipe, no serviço onde pode tirar suas dúvidas, falar de si mesmo, falar até que não está tomando a medicação. Tendo-se essa liberdade, criando-se realmente esse vínculo, talvez se alcance o nível de adesão desejável” (DSC 1.5).

## **ACOLHIMENTO DO PACIENTE**

Alguns participantes informaram da importância de se realizar um acolhimento adequado dos pacientes sempre que estes procuram os serviços de saúde. Todos os profissionais devem praticar uma escuta atenta, estimulando os usuários a esclarecer dúvidas e informando-os sobre adesão. Dessa forma, incentiva-se a criação de um vínculo com os pacientes, que se sentem seguros e satisfeitos com o atendimento no serviço.

“Todos os membros da equipe devem estar imbuídos da importância da adesão. Todos devem ter disponibilidade para escutar o paciente, conversando, fazendo perguntas e dando-lhe estímulo. Logo se percebe que a pessoa está sendo acolhida e que se criou um vínculo, uma boa relação. Dessa forma, o paciente irá procurar o serviço, onde terá ambiente e espaço para tirar dúvidas” (DSC 2.10).

“Um paciente que teve uma boa acolhida, que passou por um processo adequado, terá uma boa adesão” (DSC 2.3).

## **GRUPOTERAPIA**

A realização de grupos operativos ou grupos de adesão, trabalhados de forma interdisciplinar, aborda fatores relacionados ao uso de medicamentos e relações humanas, favorecendo a adesão aos ARV. Essas atividades permitem trocas de experiências entre os pacientes, estimulando a superação de barreiras e o alcance dos objetivos desejados.

“Trabalhar com grupos favorece a adesão porque esta é uma forma de trocar experiências. O paciente fala de problemas vividos e tem o crédito de quem o escuta, pois está realmente tomando a medicação. Não é uma pessoa que nunca tomou os medicamentos (como, por exemplo, o profissional de saúde). Quem participa dos grupos acaba se tornando um multiplicador” (DSC 2.19).

“No grupo de convivência, trabalham-se as relações humanas e acaba-se realizando uma troca de experiências. Os pacientes encontram algum colega que diz já ter passado por algum problema, mas o superou. Com o tempo, eles vão criando coragem porque alguém também já foi capaz” (DSC 2.5).

## **ENCAMINHAMENTOS PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

Os participantes informaram sobre a importância de um encaminhamento correto dos indivíduos para outras especialidades. A referência ao especialista deve ser preenchida de forma adequada e o médico infectologista deve gerir a interface com outras especializações.

“A forma de encaminhamento do paciente pelo médico aos outros profissionais (como assistente social, psicólogo) é primordial. Não basta preencher uma guia e mandá-la. O médico tem de fazer ‘propaganda’ dos outros profissionais. Ele é responsável pela ponte entre o paciente e aqueles. O médico sozinho não tem de resolver todos os problemas” (DSC 2.9).

### *c) RELACIONADOS AO RESULTADO*

#### **INFORMAÇÃO ADEQUADA**

Profissionais de saúde e representantes de ONG relataram a necessidade de que os pacientes tenham um bom conhecimento sobre seu processo de adoecimento. Esclarecimentos sobre a medicação, evolução da doença e alimentação devem ser informados de forma contínua nas consultas. Indivíduos adequadamente orientados apresentam maior chance de aderir ao tratamento.

“A adesão está primeiramente ligada ao uso correto da medicação, mas há uma retaguarda que depende de várias outras coisas, como, por exemplo: o entendimento da doença, o porquê da necessidade do tratamento, o que as drogas podem provocar em termos de efeitos colaterais. O paciente deve entender a importância dos medicamentos, das consultas, do relacionamento com o médico e com toda a equipe” (DSC 1.3).

“A conscientização e informação correta por parte da sociedade civil, dos ambulatórios, dos médicos, dos hospitais, da própria comunidade são importantes para a adesão. Se o paciente não contar com uma boa orientação, ficará perdido. Quanto mais informado ele estiver, mais provável será sua adesão. Informações sobre como tomar o medicamento adequadamente para minimizar os efeitos colaterais e sobre as possíveis intercorrências são fundamentais. Quando a pessoa está preparada para os efeitos colaterais, a receptividade é melhor. Também se deve falar sobre os remédios que podem ser usados sem causar dano. Informativos sobre alimentação e o material escrito do Ministério da Saúde também ajudam muito. Muitas vezes, porém, essa informação não integra a primeira ou a segunda visita. Precisam-se criar oportunidades e voltar a falar sobre elas” (DSC 2.2).

#### **FATORES DESFAVORÁVEIS À ADESÃO AOS ARV**

##### *A) RELACIONADOS À ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*

#### **ESCASSEZ DE RECURSOS HUMANOS**

Os participantes da pesquisa informam sobre o número reduzido de profissionais nos diversos setores dos serviços de saúde. Esse fato leva a uma sobrecarga de trabalho

dos profissionais em atividade que, para conseguir atender à demanda suprimida, são obrigados a reduzir o tempo de atendimento. Consequentemente, as informações repassadas aos pacientes nas consultas são escassas e insuficientes, levando à compreensão incorreta sobre o uso dos ARV e à não adesão ao tratamento.

“É muita gente para poucos médicos, que atendem, por exemplo, cinco pessoas por dia. Sai uma e entra outra. A consulta leva um minuto. Quando o paciente começa a desabafar e dizer o que está sentindo, o médico já o ‘corta’” (DSC 3.4).

“Falta uma nutricionista que diga ao paciente o que ele deve comer, de acordo com a medicação que está tomando” (DSC 3.5).

“O sistema de saúde está estrangulado. Os médicos não têm tempo suficiente para a consulta” (DSC 3.3).

“A sobrecarga de trabalho de todos os profissionais impede uma escuta adequada do paciente. Há fila de espera para a psicologia e o médico não tem tempo para explicar, como gostaria, tudo o que consta na receita. O paciente que não tem vínculo com o serviço, que não entende o diagnóstico e só tem aquele dia para ir ao ambulatório, vai embora e deixa tudo por isso mesmo” (DSC 3.14).

## **DIFICULDADE DE TRANSPORTE**

Alguns pacientes vivendo com HIV/aids apresentam dificuldade de transporte para controle clínico-laboratorial nos centros especializados. Esse problema é verificado principalmente entre indivíduos provenientes das zonas rurais que não dispõem de atendimento médico especializado, realização de exames laboratoriais específicos ou dispensação de ARV em sua área de abrangência e, desta forma, necessitam percorrer longas distâncias para acompanhamento nos serviços de saúde dos grandes centros urbanos. Além disso, os atores sociais expressam a dificuldade de alguns indivíduos em manter acompanhamento adequado devido ao baixo poder aquisitivo e ausência de auxílio para financiar os gastos com meio de transporte até estes serviços.

“A falta de vale-transporte dificulta ao paciente comparecer ao serviço” (DSC 3.2).

“O paciente não recebe vale-transporte e, às vezes, relata que não pôde buscar o medicamento porque não teve condições de ir ao serviço de saúde” (DSC 3.10).

## **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA**

O horário de funcionamento da farmácia é citado como um problema que dificulta a adesão. Em determinados momentos, como horário de almoço, a farmácia interrompe suas atividades e, muitas vezes, esse é o único horário em que o paciente tem disponibilidade para adquirir a medicação. Além disso, a dispensação dos ARV é um procedimento complexo que demanda tempo, obrigando os pacientes, algumas vezes, a permanecer várias horas na fila, aguardando o atendimento.

*“O horário de fechamento da farmácia, que não funciona no período do almoço, é um ponto desfavorável porque, muitas vezes, o paciente trabalha fora e esse é o único horário de que ele dispõe para buscar a medicação” (DSC 3.23).*

*“A dispensação da medicação demora, é preciso ficar na fila. Não é algo que o paciente possa obter facilmente, na hora em que chega” (DSC 3.24).*

## **FALTA DE MATERIAL EDUCATIVO**

A ausência de material educativo adequado não favorece a adesão aos ARV. Os participantes expressam a necessidade de distribuição de cartilhas informando sobre o uso correto da medicação e as consequências da interrupção do tratamento.

*“Falta material sobre adesão. Gasta-se muito com medicação, mas não se produz material para se trabalhar esse tema” (DSC 3.22).*

## **RELACIONADOS AO PROCESSO DE TRABALHO**

### **MEDO DE SOFRER DISCRIMINAÇÃO**

Os representantes de ONG apontam como dificuldade a discriminação que alguns pacientes sofrem nos serviços de saúde, principalmente quanto à sua opção sexual. Os pacientes que sofrem algum tipo de discriminação não retornam para retirar medicamentos ou mesmo realizar acompanhamento médico.

*“Precisamos trabalhar a questão da discriminação e do preconceito que envolve a questão da sexualidade: o que é hetero, o que é homo, o que é bi. Trabalhar o preconceito, a discriminação dentro do meio profissional. As pessoas não deixam apenas de buscar o remédio. Elas deixam de ir ao serviço por medo de*

que alguém as reconheça em lugar público e as aponte. Não sei se as pessoas que trabalham aqui estão receptivas a essa diversidade de condições. Há pessoas que são mal recebidas em determinados postos” (DSC 3.11).

## COMENTÁRIOS

Após identificação das Ideias Centrais dos Discursos do Sujeito Coletivo, extraídas dos Grupos Focais realizados com os profissionais de saúde e representantes de ONG, observamos que algumas delas eram semelhantes. Além disso, verificamos que a presença de alguns fatores relacionados à utilização dos serviços era citada como fator favorável à adesão e a ausência desses mesmos fatores era mencionada, em outro momento, como barreira para a TARV. Essa constatação motivou uma análise mais global e interrelacionada na discussão dos resultados, a seguir.

A presente pesquisa revelou que, segundo os atores sociais envolvidos no acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids, alguns problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde podem favorecer ou dificultar a adesão aos ARV. Um desses fatores é a presença de uma equipe multidisciplinar. A infecção pelo HIV/aids é um processo de adoecimento complexo que exige acompanhamento de vários profissionais qualificados e especialistas. A existência de um serviço com nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, dentista e médicos especialistas são fundamentais no atendimento aos pacientes. A ausência de alguns desses profissionais foi mencionada pelos participantes da pesquisa como fator favorável à não adesão. Uma pesquisa nacional revelou que em 90,4% dos serviços há pelo menos um profissional não médico, mas 24% deles não possuíam assistente social, enfermeiro, psicólogo e farmacêutico (MELCHIOR et al., 2006).

A ausência de uma equipe multidisciplinar é reflexo de outro problema encontrado em diversos serviços públicos: o número insuficiente de profissionais de saúde. Recursos humanos escassos, combinados com uma demanda elevada, ocasionam uma sobrecarga de trabalho e um atendimento de baixa qualidade. A tentativa de suprir essa demanda obriga a redução do tempo das consultas ao mínimo necessário. Isso pode acarretar um padrão de atendimento pobre de conteúdo técnico e com baixa capacidade de escuta, diálogo e orientações adequadas, além de uma relação médico-paciente deficiente.

A inadequação das orientações fornecidas aos pacientes é outra variável que dificulta o uso regular de ARV. Os entrevistados desta pesquisa revelaram a existência de deficiências nas orientações dadas pelos profissionais de saúde, gerando lacunas importantes na compreensão de informações sobre a terapêutica viral. Tal fato também se verificou em outra pesquisa nacional que revelou ser expressiva a porcentagem de

pacientes com nível insuficiente de compreensão da prescrição (CECCATO et al., 2004). Estudo internacional mostrou que a não adesão estava associada de forma significativa com o desconhecimento dos pacientes sobre a dose correta da medicação ou sobre a necessidade de continuidade no uso da medicação (YOUSSEF, 1984).

Uma boa relação médico-paciente foi citada em todos os Grupos Focais como um importante fator motivador da adesão à TARV. É fundamental que os profissionais adotem uma postura de acolhimento, favorecendo a escuta sobre as dificuldades do paciente e contribuindo para a sua vinculação ao serviço e à equipe de saúde. De forma oposta, a relação médico-paciente conflituosa ocasiona a não adesão ao tratamento, além de dúvidas e faltas às consultas clínicas. Alguns estudos (CHESNEY, 2000) têm reforçado esse fator, expressando a importância de os médicos trabalharem com os pacientes em parceria, envolvendo-os nas decisões e dividindo responsabilidades.

A distribuição gratuita e universal dos ARV, além da profilaxia e tratamento de doenças oportunistas, tem proporcionado um impacto inegável na qualidade de vida e na sobrevivência dos indivíduos vivendo com HIV/aids, favorecendo também a adesão à TARV. Entretanto, problemas na dispensação desses medicamentos, como o horário de funcionamento da farmácia e a demora no atendimento, podem influenciar de forma negativa o processo de adesão. A liberação desses fármacos nos serviços de saúde do governo ocorre em horários restritos, o que pode causar constrangimento dos usuários, obrigados a justificar saídas mensais do trabalho em horário comercial. Uma pesquisa nacional (MELCHIOR et al., 2006) mostrou que os serviços funcionam em média cinco dias por semana ou mais; porém, ao se considerar o período diário, 40% funcionam seis horas por dia ou menos. Além disso, a atenção farmacêutica e a entrega dos ARV é um processo complexo, que exige tempo para orientação do uso e conservação dos medicamentos. Esse fato, aliado ao número insuficiente de profissionais nos diversos setores dos serviços de saúde, acarreta a demora na dispensação dos ARV, gerando filas nas farmácias e insatisfação dos usuários que, algumas vezes, deixam de receber medicação por não disporem de tempo para o atendimento.

Outro fator mencionado pelos profissionais de saúde e representantes de ONG como favorável à adesão aos ARV é a existência, nos serviços de saúde, de grupos de convivência ou de outras formas de grupoterapia. Essas atividades permitem aos pacientes expressar suas angústias, medos e sofrimentos e possibilitam a troca de experiências entre os participantes, auxiliando na superação de barreiras que poderiam ocasionar interrupção ou uso irregular dos ARV. Estudo de Reif, Golin e Smith (2005) corrobora esse achado, considerando a falta de apoio psicoterápico como barreira à TARV. Gomes et al. (1999) verificaram que os pacientes também consideram a realização de grupos terapêuticos como atividade importante no acompanhamento clínico.

Os participantes dos Grupos Focais também citaram a dificuldade de transporte como mais uma variável que dificulta o uso regular dos ARV pelos pacientes. Estes,



algumas vezes provenientes de zonas rurais, podem apresentar dificuldade de locomoção até os centros urbanos onde estão localizados os serviços especializados no atendimento de pacientes vivendo com HIV/aids e fornecimento de ARV. Esse obstáculo pode estar sendo causado pelo número reduzido de meios de transporte (p. ex., ônibus) ou falta de condições financeiras por parte dos usuários para custear a locomoção. Uma pesquisa realizada na Costa Rica (STOUT; LEON; NICCOLAI, 2004) também evidenciou a dificuldade de transporte como uma variável associada de forma independente com a não adesão.

Como forma de melhorar a adesão, os participantes sugeriram a realização de busca ativa dos faltosos. A adequação e a prontidão do atendimento ao paciente não agendado que faltou ao seguimento de rotina ou a busca dos faltosos com reagendamento são muito importantes, porque o grupo de pacientes faltosos tem maior risco de não adesão. Diversos estudos mostraram que a falta às consultas é preditora da não adesão (FONG et al., 2003; NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004).

Algumas limitações presentes neste estudo podem ser observadas. Primeiramente, o tema analisado é amplo e os indivíduos entrevistados tendem a discorrer sobre os assuntos relevantes e importantes para si próprios. Tentou-se minimizar essa limitação procurando-se obter a “saturação do discurso”, que consistia na interrupção da coleta de informações quando o pesquisador conseguia antecipar quais seriam os próximos discursos obtidos, ou seja, quando temas similares continuavam a surgir e nenhum assunto novo tornava-se aparente. Além disso, procurou-se realizar os Grupos Focais com profissionais de diferentes áreas e funções (por ex., médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutica) e em dois serviços de saúde distintos. Outra limitação do estudo é a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos. Os fatores relacionados à utilização de serviços que favorecem ou dificultam a adesão aos ARV devem ser considerados para os dois serviços de saúde pesquisados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa; portanto, não se pode estabelecer relação de causalidade para os fatores encontrados. Os problemas identificados podem ser abordados em estudos posteriores para detalhamento e identificação de relações de causa e consequência.

Apesar dessas limitações, trata-se de um importante estudo qualitativo que verificou aspectos relacionados à adesão aos ARV na visão dos diferentes atores sociais envolvidos no acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids em Belo Horizonte. Os fatores que surgiram como facilitadores ou barreiras ao uso de ARV na presente pesquisa podem ser corroborados por outros estudos nacionais quantitativos.

Recomendam-se investimentos na estrutura dos serviços de saúde, o que levará a melhorias no processo de trabalho, obtendo-se, dessa forma, a melhor efetividade possível no acompanhamento dos pacientes vivendo com HIV/aids. Deve-se também enfatizar, junto aos profissionais de saúde, a importância de uma boa relação médico-paciente, encorajando os médicos a trabalhar de modo mais próximo aos seus pacientes,

auxiliando-os no uso correto da medicação. Faz-se igualmente necessária a realização de novas pesquisas sobre o uso de ARV e a utilização de serviços de saúde utilizando metodologia qualitativa que permita, segundo Minayo et al. (1993) acompanhar e aprofundar algum problema levantado por estudos quantitativos e identificar perspectivas e variáveis a serem futuramente utilizadas em avaliações estatísticas.

**TABELA 28**

**IDEIAS CENTRAIS RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS, EXTRAÍDAS DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CTR/DIP E DO HEM, BELO HORIZONTE, 2002.**

|  | <b>Componentes de avaliação de serviços</b>       |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <b>Estrutura</b>                                  | <b>Processo</b>  | <b>Resultado</b>  |
| <b>Fatores que favorecem a adesão aos ARV</b>    | Formação médica adequada                          | Vinculação com o serviço   | Conscientização da importância do tratamento e acompanhamento |
|  | Equipe multidisciplinar                           | Boa relação médico-paciente  | Esclarecimentos sobre a doença                                |
|  | Distribuição gratuita dos ARV                     | Acolhimento do paciente  |   |
|  | Atenção farmacêutica                              | Participação em grupoterapia   |   |
|  | Apoio do serviço social                           | Serviço de apoio ambulatorial  |   |
| <b>Fatores que desfavorecem a adesão aos ARV</b> | Dificuldade de transporte                         | Sobrecarga de trabalho dos profissionais   | Orientações deficientes                                       |
|  | Escassez de recursos humanos                      | Demora na dispensação da farmácia  |   |
|  | Falta de material educativo                       | Falta de apoio ambulatorial  |   |
|  | Limitação do horário de funcionamento da farmácia | Grande intervalo entre consultas   |   |
| <b>Medidas para melhorar a adesão aos ARV</b>    | Ampliação do horário de funcionamento da farmácia | Busca ativa dos faltosos   |   |
|  | Limitação do número de atendimentos               | Aumento do número e tempo das consultas<br>Realização de grupoterapias<br>Acolhimento dos pacientes<br>Melhoria da relação médico-paciente |   |

TABELA 29

IDEIAS CENTRAIS RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS, EXTRAÍDAS DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS COM REPRESENTANTES DE ONG DE BELO HORIZONTE, 2002.

|  | Componentes de avaliação de serviços   |  |           |
|--|--|--|-----------|
|  | Estrutura  | Processo   | Resultado |
| <b>Fatores que favorecem a adesão aos ARV</b>    | Equipe multidisciplinar  | Informação<br><br>Boa relação médico-paciente<br>Acolhimento<br>Grupos de convivência<br>Busca ativa dos faltosos<br>Confiança no serviço<br>Encaminhamento adequado para atenção secundária |           |
| <b>Fatores que desfavorecem a adesão aos ARV</b> | Escassez de recursos humanos<br><br>Dificuldade de transporte                                  | Orientação deficiente<br><br>Relação médico-paciente deficiente<br>Medo de sofrer discriminação  |           |
| <b>Medidas para melhorar a adesão aos ARV</b>    | Capacitação médica<br><br>Atendimento por nutricionista<br><br>Descentralização do atendimento | Melhoria da relação médico-paciente<br><br>Abordagem por equipe multidisciplinar<br>Participação em grupos de convivência  |           |





### PROJETO ATAR:

#### ABORDAGENS QUALITATIVAS – ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS INFECTADOS PELO HIV ACERCA DA AIDS

Maria Imaculada de Fátima Freitas, Aglaya Barros Coelho, Adriana da Silva Gomes, Flaviana Márcia de Carvalho Silva, Alexandre José da Silva Coelho

### INTRODUÇÃO

O processo histórico-epidemiológico da aids envolve a forma pela qual a sociedade constrói os conhecimentos, representações, crenças e significados conferidos à doença, à prevenção e à promoção da saúde, além da tecnologia colocada à disposição para o enfrentamento do agravo. No campo social, o surgimento da aids, em 1981, reacendeu discussões sobre temas polêmicos na sociedade brasileira, tais como sexo, drogas, orientação sexual, dor, morte, promiscuidade, doença, agonia, pecado e discriminação.

No princípio da epidemia, a aids foi descrita, segundo o modelo epidemiológico de causa e efeito, como aguda, de evolução rápida e fatal, acometendo homens que fazem sexo com homens, com boas condições econômicas e frequentadores do meio artístico, definindo-se os então chamados grupos de risco (RACHID; SCHECHTER, 2003).

Duas décadas após o surgimento da epidemia, homens heterossexuais, mulheres e crianças de todas as classes sociais foram também infectados, o que definiu novas categorias de transmissão, a heterossexual e a vertical, modificando o conceito de grupo de risco para o de comportamento de risco. Além disso, a partir do início dos anos 1990, os casos de aids cresceram entre a população mais pobre, sendo esta, hoje, a mais afetada (DANTAS, 2004).

O Ministério da Saúde (BOLETIM..., 2007/2008) aponta, ao longo do período de 1980 a junho de 2008, a tendência epidemiológica de crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, de estabilização da epidemia entre homo/bissexuais e de redução da prevalência entre os usuários de drogas injetáveis. Observa-se ainda, nos últimos anos, o aumento do número de mulheres infectadas, sendo que a proporção homem/mulher diminuiu de 15,1:1 para 1,5:1. O modelo tornou-se, então, o da vulnerabilidade.

O contexto epidemiológico e sociocultural aponta que há, ainda, baixa adesão às medidas de controle e de prevenção, estando os homens no centro dessa problemática, pois são eles, fundamentalmente, que colocam a si e a seus parceiros sexuais em situações de vulnerabilidade. Antunes et al. (2002), ao estudarem práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV, afirmam que as diferenças de gênero interferem na percepção de risco, nas atitudes e no simbolismo ligados à aids, sendo que a frequência do uso consistente do preservativo entre a população masculina é baixa (33%) e os homens apresentam menor adesão ao mesmo que as mulheres. Berquó, Barbosa e Lima (2008) mostraram, em estudo brasileiro realizado em 2005, que o uso de preservativos é maior entre pessoas que têm parceiros eventuais, entre jovens de 16 a 24 anos e entre indivíduos com maior escolaridade; na média, porém, a frequência do uso consistente de preservativos na população estudada foi de 21%.

Paralelamente ao processo de disseminação do vírus, prolifera o que pode ser chamado de “epidemia de significados”, levando à experiência social da aids centrada em estigmas e discriminações e exigindo da pessoa infectada um constante enfrentamento, seja de forma silenciosa ou explícita. Essa epidemia de significados está explicitada nas formas de prevenção e controle da doença, definindo posturas, fortalecendo antigas representações ou criando novas, sobre sexualidade, comportamentos e transmissibilidade.

Os homens foram os primeiros a vivenciar a experiência social do HIV e aids, com a sociedade representando a infecção como uma doença transmissível e letal, da qual a população em geral estava protegida porquanto o mito fundador foi o de uma doença de homossexuais. Com a disseminação da epidemia para os demais grupos populacionais e a disponibilização de novos medicamentos antirretrovirais desde 1996, no Brasil, terá havido mudanças nessas primeiras representações e nas maneiras de aceitar o tratamento?

Acredita-se que o conhecimento do que os homens infectados pensam sobre o HIV e o respectivo tratamento poderia contribuir para um melhor atendimento dessa população pelos serviços de saúde, possibilitando melhor adesão à TARV e prevenção de novos casos. O presente estudo pretende discutir as representações em torno da infecção pelo HIV e das posturas de homens acerca da aids, da transmissão do vírus, do tratamento, do segredo e da sexualidade, no contexto do Projeto ATAR.

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de estudo qualitativo fundamentado nas teorias sobre representações (MOSCOVICI, 2003; ABRIC, 2000; GIAMI; VEIL, 1997), descritas no Capítulo 3.

## SUJEITOS E CENÁRIO

Os sujeitos foram 22 homens infectados pelo HIV/aids, acompanhados nos serviços de referência em HIV/aids de Belo Horizonte, que aceitaram participar do estudo nos eixos quantitativo e qualitativo do Projeto ATAR.

Os cenários de captação dos participantes foram dois serviços públicos de saúde de referência para a assistência ambulatorial especializada em HIV/aids, em Belo Horizonte, Minas Gerais: o Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Orestes Diniz (CTR/DIP), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em convênio com a UFMG, e o Ambulatório do Hospital Eduardo de Menezes, da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

## COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas após esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, entre 2001 e 2003, a partir de uma questão aberta, não diretiva: *Conte-me como está sua vida após o diagnóstico de infecção pelo HIV. Fale-me de sua vida sexual e afetiva, da relação com a família, amigos e o ambiente de trabalho. Diga-me o que pensa sobre a aids e sobre sua vida.* Questões de relance extras foram colocadas de acordo com o relato do entrevistado, quando necessário.

As entrevistas abertas foram gravadas e posteriormente transcritas. O material foi identificado por códigos, e, para manter o anonimato dos entrevistados, foram utilizados pseudônimos para a apresentação dos resultados.

O número de entrevistas não foi definido *a priori*, tendo sido a coleta interrompida com a saturação dos dados. Para definição dessa interrupção, os dados foram tratados e analisados durante a coleta. A saturação se deu quando houve repetição e conjunção de temas abordados pelos entrevistados.

## ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram analisadas segundo a base teórica da Análise Estrutural de Narração (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997) e mediante as técnicas propostas por Blanchet e Gotman (1992), conforme descrição no capítulo 3.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Participaram do eixo qualitativo do projeto ATAR 22 homens soropositivos para o HIV, na faixa etária de 23 a 52 anos, com tempo de diagnóstico de até dois anos.



As representações reveladas pela interpretação das entrevistas foram organizadas em tornos de cinco objetos: 1. aids; 2. transmissibilidade; 3. vida afetiva e sexual; 4. segredo e preconceito; 5. tratamento medicamentoso e adesão.

## 1. Aids

As representações relativas à infecção pelo HIV e aids se concentram nessa última como doença, sem haver separação entre o acontecimento infecção pelo HIV e o adoecimento que configura a aids.

A aids é representada com um núcleo central ou profundo de “uma doença que leva à morte”, sendo esta considerada definitiva, fim de vida, ou como “pequenas mortes”, pela experiência social de perdas de sentido e perspectivas de vida, rupturas familiares, afastamento do convívio social, entre outros.

Os elementos periféricos encontrados foram: “a aids como doença do outro”, “culpa e vergonha por ter se infectado” e a representação de que “a aids provoca mais sofrimento do que outras doenças”.

A representação de morte eminente está presente, objetivamente, no momento do diagnóstico, sendo considerado como de confrontação com um acontecimento fronteiro entre a vida e a morte, colocando as pessoas em uma situação na qual não conseguem distinguir o que é concreto e o que é abstrato, como se perdessem todas as referências:

Depois que eu soube, perdi o chão: ‘vou morrer mesmo’. Aí, eu fiquei muito tempo com aquilo na cabeça: ‘estou com aids, vou morrer, vou morrer’. Então eu sumi (do trabalho). Pensava assim: ‘vou morrer mesmo, não vou me tratar não’. (Manoel)

Essa confrontação com uma realidade fantasmática gera uma situação de muito sofrimento, na qual não se consegue saber como agir. A confirmação da fragilidade da vida torna-se o centro de tudo, nesse momento, para homens que, em geral, se representam como poderosos e invencíveis.

A situação fronteira vivenciada pelos homens, no momento do diagnóstico, é discutida também por Joffe (1998) e Oltramari (2003), ao resgatarem a importância de emoções como medo, ansiedade e impotência, e ao identificarem que essas são produtos das representações da doença construídas historicamente e que continuam circulando no meio científico, na comunicação de massa e no pensamento popular. O encontro do homem com essa morte, no momento em que recebe o diagnóstico de infecção pelo HIV, não é mais “algo fora dele”, “estrangeiro”, mas remete ao núcleo profundo que está presente desde o início da epidemia: aids = morte.

No contexto de convívio com a doença após o advento de novos medicamentos, a pessoa vivendo com HIV/aids acrescenta representações de uma “nova chance”, de um sursis de vida que lhe permitirá aguardar novas descobertas, com o avanço das pesquisas científicas para o desenvolvimento da vacina e medicamentos que eliminarão o vírus de seus corpos, trazendo a cura da aids. Trata-se de morte, sim, mas uma morte negociável, como afirma Milton, um dos entrevistados: “eu pensava que aids era morte na certa. Não tinha perspectiva de vida nenhuma. Hoje eu vejo que a perspectiva de vida aumentou muito”.

## 2. TRANSMISSIBILIDADE

Em torno do núcleo da aids como doença transmissível estão agregados elementos periféricos de representação dos homens de que a “aids é igual à sujeira”. A ela se acrescentam representações relativas à transmissão pelo sangue, ao sentimento de culpa pela infecção e ao risco de infectar a outros.

Para os homens entrevistados, a transmissão está ligada à sujeira e objetivada por uma sexualidade vivida na “promiscuidade”, entendida como prostituição, homossexualidade, relações sexuais desprotegidas ou com multiparceiros. Esta última categoria é considerada como sendo de maior risco do que uma relação sexual desprotegida, sobretudo no imaginário dos homens heterossexuais. Para os homens que fazem sexo com homens, a ideia de “promiscuidade” não é tão presente, apesar de haver relatos sobre a existência de relações sem preservativo e com multiparceiros.

A relação entre sujeira e sexualidade está presente desde o início da epidemia, identificada por vários autores, como Tronca (2000), Nascimento (2002), Giacomozzi e Camargo (2004), fundada em representações antigas do ato sexual como pecado, algo feio e que deve ser escondido. Os autores afirmam a existência das mesmas representações sobre transmissão encontradas neste estudo: promiscuidade, homossexualidade e relações sexuais com múltiplos parceiros.

Para os homens entrevistados, a representação da transmissão está ancorada nas ideias que ligam a doença aos homens que fazem sexo com homens e às pessoas que se relacionam com travestis; doença de zona boêmia, de lugares sujos; doença do sexo, do prazer; doença de comportamentos sexuais desviantes. Nesses modos de viver a sexualidade, pesam o imaginário do sexo pelo sexo, do sexo por puro prazer, do sexo por impulso, considerados comportamentos masculinos por excelência, pelos próprios entrevistados.

Sabe quando você faz a coisa e por uns segundos, logo depois, na mesma hora, você acorda e para? *[falando de relação não protegida]*. Mas, de repente, pode até ter acontecido ali o grande erro. A grande falha que, de repente,

não teve volta. Eu tenho essa culpa, mas não quero senti-la. Não quero achar que é a minha homossexualidade que fez isso. E, de verdade, eu não sei se eu tenho culpa, não. (Bartolomeu)

Ainda hoje, eu me sinto como uma ameaça - entre aspas, vamos dizer assim - à saúde da família. Eu vejo que não há possibilidade de um controle absoluto, há uma sujeira em mim. Posso lavar, lavar, mas... muitas vezes, nem depende tanto de mim. (Saulo)

A representação da transmissão do vírus devido a um ambiente sujo e a pessoas sujas remete também ao vírus circulando no sangue, ao perigo de “passar a doença para os outros”, principalmente por meio de relações sexuais. Estas estão profundamente arraigadas no imaginário social e cristão ocidental como impuras e nocivas, o que determina sentimento de culpa de forma coletiva (GRMEK, 1994).

O sentimento de culpa é explicado pelos homens entrevistados como decorrente de “descuido”, “irresponsabilidade”, “erro”, “traição” e “orientação sexual”, comportamentos que levaram à infecção. Os homens apresentam, portanto, esse sentimento de culpa, ou seja, a própria infecção remete à responsabilidade individual e às concepções de grupo de risco, o que desconsidera aspectos ligados à vulnerabilidade. Segundo Dantas (2004), a ideia de culpa presente entre os portadores do vírus foi desencadeada pela utilização do conceito de “grupo de risco”, ao depositar a responsabilidade pela infecção no indivíduo. Porém, pela análise das representações, não se trata somente disso.

### **3. VIDA AFETIVA E SEXUAL**

Várias foram as representações explicitadas nas falas dos sujeitos, em torno da vida afetiva e sexual após a descoberta da infecção pelo HIV. Dentre as identificadas, estão as que representam o sexo como sinal de saúde, sendo o desejo considerado natural do homem. Sobre outros aspectos, porém, os homens entrevistados também representam a sexualidade como se esta apresentasse um grau de importância menor do que tinha antes do diagnóstico, justificando, provavelmente, a falta ou diminuição da libido.

As mudanças na vida cotidiana são consideradas importantes no estabelecimento de novos relacionamentos afetivos e sexuais após a confirmação do diagnóstico, assim como na continuidade dos relacionamentos existentes. Dentre as mudanças relatadas, estão o afastamento do(a) parceiro(a), a redução do número de relações sexuais, a abstinência sexual, a diminuição do desejo ou do prazer e a fuga de novos relacionamentos.

Essas posturas foram consideradas necessárias ou resultantes naturais do processo, existindo preocupação (e não necessariamente atitude), por parte dos homens

entrevistados, quanto à incorporação do hábito do uso de preservativo nas relações sexuais, independentemente do tipo de parceria, fixa ou ocasional.

Em estudo sobre práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV, Antunes et al. (2002), relatam que as diferenças de gênero interferem na percepção de risco, nas atitudes e no simbolismo sobre a aids, sendo que a frequência do uso consistente do preservativo entre os homens é baixa (33%) e estes apresentam menor adesão ao mesmo do que as mulheres.

Berquó, Barbosa e Lima (2008) mostraram, em estudo brasileiro realizado em 2005, que o uso de preservativos é maior entre pessoas com parceiras eventuais, entre jovens de 16 a 24 anos e entre pessoas com maior escolaridade; porém, a frequência média do uso consistente do preservativo, na população estudada, foi de 21%.

Em outro estudo sobre o mesmo objeto, porém de cunho qualitativo, Silva et al. (2002) afirmam que o uso do preservativo por homens, na população geral, não é percebido como importante, porquanto estes não se sentem expostos às infecções transmissíveis (IST), HIV e aids, o que pode justificar as baixas frequências persistentes de uso de preservativo. Segundo os últimos autores citados, os homens têm dificuldade em perceber a própria vulnerabilidade, porque essas doenças não fazem parte das preocupações rotineiras de suas vidas.

Os resultados da presente pesquisa mostram que o movimento dos homens infectados é de representar o uso de preservativos como necessário, mesmo que de forma ainda periférica, como uma obrigação que pode ser difícil de cumprir.

Eu uso preservativo, porque a gente é praticamente obrigada a usá-lo. Agora temos que fazer o negócio com cuidado. (Waldomiro)

A maioria relatou que tem a preocupação quanto ao sexo seguro, ainda que a prática não seja coerente com o discurso, como exemplificado no relato de Wilker, um dos entrevistados.

As relações diminuíram e, quando faço sexo com minha namorada (o namoro é anterior à descoberta da infecção), eu sempre estou inseguro. Fico pensando no risco de infectá-la. Daí eu fico com medo. O meu maior medo é de acontecer com ela o que aconteceu comigo. Eu não tenho mais aquela segurança. Às vezes, independentemente de estar usando preservativo ou não, eu fico naquela insegurança de contaminá-la. (Wilker)

Dessa forma, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, relações sexuais são representadas como perigosas e passíveis de ser o motivo da infecção do parceiro, o que justificaria a abstinência ou a diminuição do número de relações sexuais, inclusive

entre os que afirmam a “obrigatoriedade” do uso do preservativo.

Esse fato, aliado à culpa representada pelo risco e pela insegurança quanto à possibilidade de transmissão da infecção para um possível parceiro e uma nova exposição ao HIV, faz com que os homens infectados passem a representar as relações extraconjugais como inconcebíveis. Tal representação é um elemento periférico que se contrapõe a um núcleo central de que a relação extraconjugal faz parte da realidade de vida de homens casados, como os entrevistados afirmaram e como também foi relatado no estudo de Silva et al. (2002).

Além disso, as relações afetivas e sexuais foram um tema recorrente nos relatos dos homens, para os quais aids e sexo estão representados como intrinsecamente relacionados, mesmo para aqueles que acreditam terem se infectado de outra maneira.

A infecção pelo HIV representa uma ruptura na trajetória de vivência da sexualidade e desencadeia questionamentos sobre si mesmo:

Eu também fiquei com medo de sair... procurar alguém... Eu não quis. Tudo mudou bastante... Tenho medo de passar para alguém. O que eu não quero pra mim, eu não desejo para os outros, não é? O que eu fazia antes, não faço mais. (Nilton)

A interrelação entre sexo e aids é discutida por Silva et al. (2002) e Guerriero, Ayres e Hearst (2002), que afirmam que no imaginário social há uma associação imediata entre “traição” entre parceiros e infecções sexualmente transmissíveis, sendo que o não uso de preservativo nas relações “fora de casa” é considerado como uma atitude irresponsável e que compromete a saúde do(a) parceiro(a).

A confirmação da infecção pelo HIV faz com que representações sobre sexo venham à tona, misturando culpa pela vida sexual “sem controle”, “desviante”, “promíscua” e “eventual”, relacionando-a, ainda, à diminuição da libido, o que também foi encontrado em estudos realizados por Giacomozzi e Camargo (2004) e por Oltramari (2003).

Eu acho que o meu interesse sexual diminuiu bastante, a minha libido caiu bastante... (Jackson)

Minha vida afetiva e sexual... acabou. Acabar, é lógico que a gente não consegue, não é? Faz parte do ser humano, você tem desejo, tem tudo, mas diminuiu 99%. Quando eu vejo uma pessoa de quem fico a fim, num barzinho, falo para mim mesmo: ‘eu não mereço...’ Ainda preciso trabalhar uma coisa seríssima na minha cabeça: eu acho que eu sou um mal para as pessoas. Quem vai me querer e gostar de mim assim? (Bartolomeu)

Para os homens entrevistados, o fato de representar a infecção pelo HIV e aids como diretamente interligada ao sexo (sendo que este tem grande importância e o desempenho sexual, um valor alto) gera sentimentos de culpa e medo do desprezo do parceiro, visto que a vida conjugal remete a sentimentos de amor, respeito, consideração, companheirismo, dos quais muitos acreditam não ser mais dignos. Daí para a abstinência sexual é um passo.

#### 4. SEGREDO E PRECONCEITO

Dentre os sentimentos e posturas de homens vivendo com o HIV, foram identificados, nas falas, o preconceito e o segredo, estruturados como núcleos profundos das representações em torno das interações sociais, na família, no trabalho e com os outros.

Desde o início da construção social da doença, as pessoas representam a aids como uma doença excludente, que provoca o surgimento de situações de estigma vivenciadas ou imaginadas.

Para alguns autores, a representação da aids como uma doença que exclui está ligada às representações presentes no princípio da doença, quando o fato de ter aids identificava a pessoa com grupos específicos da população, os homossexuais (ROCHA, 1999). Naquela época, acreditava-se que o “portador” transmitia a doença por meio de qualquer tipo de contato, como o toque, o beijo e o convívio social. Essas crenças apoiam as representações da aids como uma peste de grupos supostamente promíscuos ou “grupos de risco”, com vida desregrada, tais como: homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, emergindo disso um forte estigma, com respectivo sentimento de exclusão por parte das pessoas infectadas e o medo por parte dos que sentiam que a epidemia não lhes dizia respeito (DANTAS, 2004; NASCIMENTO, 2002; ROCHA, 1999).

No grupo estudado, ainda prevalece a representação do portador da aids como um doente fraco, caquético, feio e facilmente reconhecível, que pode despertar sentimentos de repulsa ou de piedade, o que, em outros tempos, fundamentou a denominação de “aidético”, que hoje é considerada pejorativa, excludente e preconceituosa.

O medo da morte social, do preconceito e do estigma traz para os sujeitos a necessidade de ocultar a infecção pelo HIV, sendo que a contingência da manutenção do segredo encontra-se no centro de suas representações. Ser “clandestino” torna-se, muitas vezes, necessário para manter interações sociais possíveis e não falar sobre a situação a amigos e familiares é uma forma de afastamento dessa condição estigmatizante:

Eu já vi uma dentista que se recusou a atender [um paciente], porque ele era portador do HIV. Isso, para mim, foi uma das piores coisas. A gente tem que viver como um clandestino. (Wilker)

Conviver com as pessoas que estavam contaminadas... a gente fica com um certo... Quem não conhece nada a respeito fica com receio. (Paulino)

Eu tenho medo de contar e ser discriminado, afastado. Não tenho coragem de contar para ninguém, não. Se eu estiver num ambiente com muitas pessoas e elas souberem que eu sou soropositivo, eu garanto que uma delas vai se retirar dali e nem pegar no meu copo. (Samuel)

Para os entrevistados, o fato de serem infectados pelo HIV os coloca em posição marginal na sociedade e em situação de preconceito. O segredo sobre a doença é justificado como maneira de se resguardarem dessa marginalidade, da discriminação e da vergonha.

Uma análise semelhante foi apresentada por Mellini, Godenzi e De Puy (2004), em estudo realizado na Suíça sobre a experiência social de pessoas que vivem com HIV, revelando o segredo como central na vida dessas pessoas, pelo medo de serem desacreditadas ou julgadas pelos outros não em decorrência de suas qualidades, mas sempre, primeiramente, pelo fato de serem infectadas pelo HIV.

## **5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ADEÇÃO**

Os homens entrevistados estavam em tratamento com antirretrovirais e falaram amplamente a respeito, incluindo a adesão. A representação central em torno do tratamento é de que “aids é igual à morte”, sendo os medicamentos incluídos no cotidiano como garantia de sobrevivência e forma de retomar a normalidade de suas vidas, mesmo que isso seja “difícil”.

O tratamento traz ambivalência, sendo o início do mesmo representado como “uma tortura”, devido aos efeitos colaterais, aos horários “difíceis” e ao medo de que os outros descubram a situação pela possível visibilidade do uso dos medicamentos. Tais dificuldades podem persistir ou aumentar e significar, com o tempo, interrupção do tratamento ou a impossibilidade, que ocultam até para si mesmos, de mantê-lo de forma correta. Há, ainda, o medo crescente de que chegue um momento em que as drogas “parem de fazer efeito” e não deem mais resultado, porque a representação é de que “cada caso é um caso”. Como mecanismo de enfrentamento dessas dificuldades, verificam-se representações sobre o poder médico de definir condutas, além de se acreditar que ao tomar os medicamentos “com amor” obtêm-se melhores resultados.

Foi difícil me acostumar com esses medicamentos e eu passei muito mal, tive muito enjoo. Mas vai indo, vai indo, até que a pessoa se acostuma, e depois que se acostuma, tem que tomar os [remédios] direito, nos horários

certos, para não virem as reações, não é? O resultado é uma beleza, porque os medicamentos são muito bons, e se a pessoa tomar direitinho o resultado é ótimo. A medicação tem que ser tomada, porque senão a pessoa não tem aquele retorno satisfatório que os médicos desejam. (Otacílio)

A representação social que se afirma aqui diz respeito ao “tratamento muito difícil, porém necessário”, como para qualquer doença crônica, sendo que os medicamentos são considerados importantes, mas se sabe de antemão que não curam.

Em vista disso, julga-se possível burlar ligeiramente as regras definidas pelo médico, em face da tomada de medicamentos no cotidiano, como expressam diversos entrevistados: “falhar de vez em quando, esquecer um horário, pular uma ou duas doses não trarão prejuízo, pois esse negócio é para o resto da vida”. Isso não se caracteriza como não adesão por nenhum dos homens entrevistados, para quem faltas e falhas esporádicas na tomada dos medicamentos significam a autonomia possível de pessoa vivendo com HIV/aids.

Os resultados apontam, portanto, para a inclusão de representações periféricas positivas sobre o tratamento entre os entrevistados, após a introdução das novas drogas antirretrovirais, o que lhes propicia esperança para prolongar e melhorar suas vidas, dando-lhes chance de esperar descobertas científicas que resultem em cura da aids. Porém, tal confiança não é irrestrita e surge à semelhança de partidas diárias de um jogo do qual não se conhecem todas as regras e onde cada lance é visto como um teste de sobrevivência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A representação central da aids, para os homens entrevistados, está relacionada à morte, sendo esta considerada iminente no momento do diagnóstico, o que gera sofrimento e angústia. Essa morte anunciada, ora percebida como distante e pertencente a grupos diferentes, passa a ser vivenciada como realidade objetiva e muito próxima; torna-se, porém, morte adiada, após a introdução da terapia antirretroviral. A aids representada como morte envolve sentidos ligados à morte física, morte social e morte psicológica.

As representações periféricas mostram a aids como doença do outro, que gera culpa e vergonha ao ser descoberta por um sujeito que se via distante e invulnerável em face do risco de se infectar pelo HIV. O momento da descoberta continua a ser de grande fragilidade e significação em suas vidas. Essa fragilidade vivenciada ao receber um resultado positivo é uma situação inimaginável, visto que os homens se representam como poderosos e invencíveis. Essa representação masculina esteve sempre presente e não se modificou desde o início da epidemia.



No entanto, com o passar do tempo e com a introdução dos medicamentos, a representação de morte eminente passa a ser de morte adiada, fazendo com que os homens acreditem em uma nova chance e em um ganho de tempo até o desenvolvimento de novos medicamentos e tecnologias que trarão a cura.

Outra representação original, profunda e central identificada é a transmissibilidade, na qual a infecção pelo HIV/aids é igual à sujeira. Junto com essa representação agregam-se outras que se relacionam com a transmissão pelo sangue, ao sentimento de culpa pela transmissão e ao risco. Há uma associação muito forte entre aids, homossexualidade, infidelidade e sexualidade fora das normas, permanecendo a identificação da aids como doença de homossexuais e de pessoas com comportamento desviante.

Os sentimentos e posturas de homens vivendo com o HIV, no que se refere às interações sociais, estão representados pelo segredo e preconceito. As representações da aids como uma doença excludente e estigmatizante estão ancoradas na crença de que a mesma está ligada a grupos específicos da população, com maneiras de viver fora do normal. O segredo é mantido, assim, pelo medo da morte social e da necessidade de ser aceito e amado. Para a maioria, a clandestinidade seria a única forma de sobreviver frente às dificuldades enfrentadas.

A vida afetiva e sexual é outro aspecto da vida cotidiana dos portadores do vírus, que sofrem maior impacto com a constatação da condição de soropositividade. Para os homens, o sexo é uma condição natural e de grande importância para a identidade masculina, mas, após o diagnóstico do HIV, o ato sexual passa a ter menor relevância no cotidiano. Paralelamente às mudanças relatadas, como o afastamento do parceiro, a diminuição do número de relações sexuais, abstinência sexual, diminuição do desejo e do prazer e a fuga de relacionamentos novos, há a preocupação com a necessidade de fazer uso do preservativo, independentemente do tipo de parceria sexual.

As relações sexuais são, portanto, representadas como perigosas, levando-os a optarem, na sua maioria, por uma vida de abstinência e a considerarem sexo como um fator secundário em suas vidas. O apoio do parceiro é visto como de importância fundamental nas situações de enfrentamento da doença, do tratamento e das mudanças na vida cotidiana, sendo que o estabelecimento de novas relações afetivas é bastante difícil e muitas vezes encarado como impossível, apesar da necessidade e desejo de construir relações amorosas estáveis e que propiciem o sentimento de “viver como qualquer outra pessoa”.

Vale ressaltar, portanto, a importância do diagnóstico o mais precoce possível, considerando-se, além da melhoria de qualidade de vida e de perspectiva para a pessoa infectada, que os homens parecem ter maior cuidado e pensar melhor nas formas de prevenção depois do conhecimento do diagnóstico de sua infecção pelo HIV. Isso certamente contribuirá para a prevenção e controle da epidemia.

Para os homens que participaram do estudo, há uma mudança na vida, considerada

por muitos como radical, com a descoberta da infecção pelo HIV/aids, o que, na maioria dos casos, se traduz em solidão, fechamento em si mesmos, desconfiança, segredos, dissimulações e mentiras, inclusive no interior da família. Esses são aspectos de desgaste, sofrimento e exclusão sociais, que apontam para dificuldades na adesão ao tratamento e revelam a necessidade de maiores investimentos dos serviços de saúde na compreensão da aids como um acontecimento para além da clínica, exigindo a formulação de estratégias de integralidade e intersetorialidade no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV e aids, para promover saúde e melhorar a qualidade de suas vidas.



**PROJETO ATAR: CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

*Mark Drew Crosland Guimarães, Francisco de Assis Acurcio, Maria Imaculada de Fátima Freitas*

**DAS LIMITAÇÕES E INTERPRETAÇÕES**

O Projeto ATAR foi um estudo de coorte concorrente que teve como principal objetivo avaliar a taxa de incidência de não adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) e seus fatores associados entre indivíduos em início de tratamento, atendidos em dois serviços públicos de referência em HIV em uma capital da Região Sudeste do Brasil, entre 2001 e 2003. Uma apreciação metodológica do projeto indica que não foram em vão os esforços de se produzir instrumentos confiáveis com um alto grau de padronização. A complexidade da coleta de dados, que incluiu entrevistas, coleta de dados secundários, complementação de informações nas bases de dados de domínio público, entrevistas qualitativas e grupos focais, exigiu exaustivos treinamentos com a equipe, que teve de se adaptar às realidades dos serviços envolvidos, devido a seu caráter dinâmico. Esta foi uma das características do projeto, ou seja, não perturbar a rotina dos serviços e, ao mesmo tempo, produzir informações cientificamente válidas, que pudessem retornar aos mesmos na forma de subsídios às suas políticas de assistência ao portador do HIV/aids em tratamento. O índice de participação geral, com boa representatividade em relação a características selecionadas, bem como a análise de confiabilidade, confirmam a qualidade das informações obtidas. Uma segunda característica importante do projeto foi a utilização de métodos quantitativos e qualitativos, na busca de se produzir um diálogo metodológico, muitas vezes difícil de obter. A competência dos pesquisadores e a multiplicidade de atores envolvidos, bem como a própria diversificação do tema, geraram dados que viabilizam transitar com segurança por esta proposta analítica de complementaridade metodológica.

Não obstante a riqueza dos resultados produzidos, sua relevância e utilidade na discussão da adesão ao tratamento antirretroviral, é importante ressaltar que os dados obtidos, quantitativos e qualitativos, devem ser tomados como representativos somente do grupo estudado e não como resultados generalizáveis para todo o universo de pessoas com infecção pelo HIV e que iniciam tratamento antirretroviral. Considerando a magnitude do problema e a necessidade de se produzir conhecimento de qualidade que subsidie o processo de tomada de decisões para seu adequado enfrentamento, enfatizamos a importância de se conduzirem estudos epidemiológicos representativos,

de abrangência nacional, que possam confirmar ou refutar os resultados obtidos em nível local.

## COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS

As diversas análises aqui apresentadas apontam em uma direção preocupante e consonante com a literatura. Inicialmente, os dados da análise descritiva geral confirmam as tendências da epidemia da aids no Brasil. Há uma predominância de pacientes com baixa renda, baixa escolaridade, exposição provavelmente heterossexual e em idade produtiva, traduzindo assim a grave situação econômica e social da maioria dos usuários dos dois serviços de saúde.

Verificou-se que uma grande proporção dos participantes do estudo (68,4%) iniciaram tardiamente a TARV - prevalência alta e inesperada para um país como o Brasil, onde a TARV, o acompanhamento clínico e o monitoramento são oferecidos gratuitamente a toda a população.

É inquietante observar lacunas na orientação quanto a importantes aspectos relacionados à terapia ARV e no entendimento dessas orientações, ainda que a maioria dos participantes tenha sido instruída por dois profissionais de saúde, situação que oferece maior oportunidade de esclarecimento de eventuais dúvidas por parte dos pacientes. Encontrou-se uma proporção de até 37,9% de indivíduos que não atingiram um nível mínimo de compreensão da TARV que lhes assegurasse a utilização segura e adequada dos medicamentos, o que sinaliza um alto risco potencial de não adesão ao tratamento.

Não surpreende a elevada proporção de pacientes apresentando algum grau de ansiedade (52,6%) ou depressão (42,0%) no início da terapia ARV, em contraste com a baixíssima oferta de apoio psicológico (4,9%) ou grupos de orientação (1,5%) nos serviços. Tal fato é relevante e deve ser considerado na elaboração de estratégias de intervenção que visem aumentar a adesão ao tratamento entre essa população. O estudo identificou características sociodemográficas e comportamentais relacionadas ao uso dos serviços de saúde e clínicas pelos indivíduos considerados mais vulneráveis ao desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade, os quais devem, portanto, receber uma maior atenção.

Merece destaque, entre os principais resultados do Projeto ATAR, a análise de características relacionadas com o acompanhamento dos pacientes até 12 meses após o início da terapia antirretroviral, o que permitiu ampliar o conhecimento sobre dificuldades com o tratamento, reações adversas, dispensação de ARV, adesão ao tratamento e avaliação de custo-efetividade da adesão.

A avaliação do grau de dificuldade percebida pelos pacientes foi possível com a aplicação de questões simples e diretas, o que depõe a favor de seu monitoramento

nos serviços de saúde. Chama atenção a alta proporção de pacientes que apresentaram alto grau de dificuldade com o início do tratamento (51,4%). Características relacionadas aos serviços tiveram maior importância na primeira visita, enquanto que características clínicas e relacionadas ao tratamento predominaram na terceira visita. Fatores relacionados aos serviços são fundamentais para os pacientes que iniciam sua terapia, incluindo adesão às consultas, aconselhamento, disponibilidade de serviços de apoio e uma abordagem multidisciplinar. Em especial, destacam-se a falta de apoio psicoterápico e a concomitante alta prevalência de ansiedade e depressão, que, por sua vez, estão associadas a uma maior dificuldade em lidar com o tratamento. As reações adversas foram citadas como a principal razão para uma maior dificuldade na primeira visita e têm sido apontadas como um dos principais determinantes da descontinuação, interrupção e não adesão aos ARV, constituindo um importante obstáculo à efetividade do tratamento.

Pelo menos uma reação adversa foi relatada pela quase totalidade (92,2%) dos pacientes, com uma mediana de 4,0 reações por paciente, o que reforça a dimensão do problema. A troca no esquema ARV foi fortemente associada ao registro e autorrelato de reações adversas. Um risco aproximadamente duas vezes maior foi observado entre pacientes não aderentes. As reações adversas incluíram sintomas agudos (p. ex., gastrointestinais) de intensidade leve a moderada, típicos do tratamento inicial com ARV. Geralmente esses efeitos causam grande desconforto e, dessa forma, podem ser prontamente percebidos e relatados por pacientes utilizando ARV.

Conforme nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo prospectivo no Brasil que avaliou o impacto inicial da TARV. É alta a incidência acumulada de não adesão em pacientes iniciando ARV nos serviços estudados (36,9%). O impacto dos ARV já se faz sentir no primeiro mês de acompanhamento, predominando a não adesão no início do mesmo. Nesse período inicial, muitos pacientes ainda sofrem o impacto psicológico de começar um tratamento que *a priori* não terá fim, envolvendo uma multiplicidade de drogas, com nomes difíceis de serem compreendidos, posologias complicadas e recomendações específicas (p. ex., restrições alimentares), que prejudicam a compreensão do esquema como um todo. Isso fica evidenciado no grau insuficiente de compreensão das orientações médicas e farmacêuticas e da prescrição, conforme mencionado acima.

Constatarem-se, ainda, altas proporções de dispensação irregular dos medicamentos. Durante o período de doze meses após a primeira prescrição, houve retiradas regulares apenas para 38 (11,8%) pacientes, enquanto 98 (30,3%) foram considerados casos de abandono e 187 (57,9%) tiveram dispensações irregulares. Assim, uma parte significativa dos participantes não retornou todos os meses, como recomendado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Os registros da farmácia mostraram-se adequados para detectar os pacientes em efetivo risco de não

tomar seus medicamentos corretamente ou mesmo de abandonar o tratamento. Os registros da farmácia podem ser um importante marcador de utilização dos serviços de referência como indicador indireto para identificar pacientes em risco de não adesão. Reforça essa assertiva a associação, observada pelo estudo, entre ter tido registro de não adesão no prontuário médico e abandono do tratamento. Provavelmente, não houve qualquer intervenção dos serviços para que tais abandonos pudessem ser evitados. Fica então evidente a necessidade de mudança do processo de trabalho vigente nos serviços de referência, na tentativa de se buscar os pacientes faltosos e de se conquistar maior efetividade do programa de assistência aos portadores do HIV.

O registro diário de medicamentos apresentou um baixo nível de preenchimento e retorno dos mesmos. Dos 362 pacientes que retornaram para a entrevista de acompanhamento, 71,8% trouxeram o RDM preenchido. Talvez, mais do que um instrumento que meça adesão, o RDM possa ser útil para auxiliar na orientação dos pacientes quando estes recebem a primeira prescrição, visto que durante o *treinamento* a grande maioria acertou preencher corretamente o RDM. A análise da adequação do preenchimento confirmou a capacidade do instrumento em atender a indivíduos de baixa escolaridade. O RDM apresenta muitas vantagens como um instrumento de medida de adesão; entre elas, o baixo custo e a facilidade de assimilação por parte dos respondentes. No entanto, é necessário que o paciente preencha o formulário, e esse é um problema de difícil resolução. Sua utilização deve levar em consideração aspectos relacionados ao tratamento e ao estilo de vida dos pacientes. Um dos fatores que pode ter dificultado a aceitabilidade do instrumento pelos pacientes refere-se ao seu tamanho e visibilidade, que facilita a identificação dos indivíduos como portadores do HIV. O estigma e a discriminação ainda são barreiras que precisam ser transpostas, sugerindo-se então que, para ser utilizado pelo serviço de saúde, o RDM passe por modificações que o tornem mais discreto e de mais fácil manuseio pelo paciente.

É importante enfatizar um dos aspectos metodológicos que não pode ser subestimado, isto é, não há uma padronização sobre a melhor forma de se medir adesão ao uso de medicamentos em geral. Em ambiente de serviço, qual a melhor forma de monitorar a adesão? Em nosso projeto, apresentamos diferentes formas de coleta da informação, bem como perguntas que pudessem consubstanciar nossa principal medida, ou seja, o autorrelato. O quadro que se coloca para análise preocupa, mostrando elevada proporção de não adesão entre os participantes, ainda que se observem grandes variações, dependendo da forma, do tempo e da pergunta formulada.

A análise em separado de cada medida de adesão indicou uma proporção de não adesão variando de 23,5% (registros em prontuários) a 77,3% (registros nas farmácias). Sobressai-se, no entanto, tendência semelhante quando se compara o efeito negativo da não adesão já nos primeiros meses de TARV, nos marcadores clínico-laboratoriais geralmente utilizados para monitoramento da efetividade da terapia. De maneira geral,

indivíduos considerados aderentes tiveram maior ganho médio de linfócitos T CD4+ e maior redução média de carga viral do HIV até os primeiros doze meses de tratamento (ROCHA et al., 2010). Pela medida do autorrelato, o ganho médio de linfócitos T CD4+ foi de 133,0 células/mm<sup>3</sup> para os participantes aderentes, com redução média de 4,23 log na CV, comparado com ganho médio de 92,3 linfócitos T CD4+/mm<sup>3</sup> e redução média de 2,66 log na CV para os não aderentes, muito embora somente a diferença deste último fator tenha sido estatisticamente significativa ( $p<0,01$ ). De forma semelhante, indivíduos com retirada regular dos medicamentos obtiveram ganho médio de 198,8 linfócitos T CD4+/mm<sup>3</sup> e redução média de 4,62 log na CV. Em comparação, entre aqueles com retirada irregular ou abandono de terapia, o ganho médio foi de 99,6 e 69,7 linfócitos T CD4+/mm<sup>3</sup> ( $p<0,001$ ), respectivamente, com redução média de 4,08 e 1,80 log na CV ( $p<0,001$ ). Já pelos registros nos prontuários médicos, houve aumento médio de 134,0 para os aderentes e 58,7 linfócitos T CD4+/mm<sup>3</sup> para os não aderentes ( $p=0,002$ ), com redução média de 4,08 log na CV entre os pacientes aderentes e de 1,73 log na CV entre aqueles com registro de não adesão nos prontuários ( $p<0,001$ ).

A proporção de indivíduos com carga viral final indetectável também foi significativamente maior entre indivíduos aderentes do que entre não aderentes, independente da medida de adesão adotada. A carga viral final foi indetectável em 73,6% dos aderentes pelo autorrelato, comparado com 57,4% dos não aderentes ( $p=0,02$ ). Pelos registros de dispensação em farmácia, essa proporção foi de 77,1%, 77,0% e 47,5%, respectivamente, para pacientes com retirada regular, irregular ou abandono de tratamento ( $p<0,001$ ). Entre pacientes aderentes pelos registros nos prontuários, 74,6% obtiveram carga viral final indetectável, comparados com 46,5% dos não aderentes por esse método ( $p<0,001$ ) (ROCHA et al., 2010).

No âmbito do projeto ATAR, foram também desenvolvidas análises multivariadas para os eventos descritos nos capítulos anteriores, incluindo: o início tardio da TARV (FERNANDES et al., 2009); os sintomas de ansiedade e depressão (CAMPOS, 2004; CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2008); a compreensão da prescrição de ARV (CECCATO et al., 2004; CECCATO et al., 2008); as dificuldades com a TARV (GUIMARÃES et al., 2008); a não adesão à TARV medida pelo autorrelato (BONOLO et al., 2005); a dispensação irregular dos ARV ou abandono de terapia (GOMES et al., 2009); e as reações adversas aos ARV (MENEZES DE PÁDUA et al., 2006; MENEZES DE PÁDUA et al., 2007). Nessas análises, realizadas por meio de várias estratégias de modelagem estatística, foi possível observar a existência de importantes associações com os eventos de interesse, incluindo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas, além daquelas relacionadas com os serviços. Assim, com base na Tabela 30, observa-se que o início tardio a TARV está principalmente associado às variáveis relacionadas ao serviço de saúde, enquanto os sintomas de ansiedade e depressão estão, em maior medida, associados a variáveis socioeconômicas e demográficas. Já a compreensão ao tratamento, as dificuldades



com a TARV, a dispensação irregular ou abandono, o primeiro episódio de não adesão e as reações adversas estão mais fortemente associados a aspectos clínicos.

O estudo demonstrou que ações que assegurem a adesão à TARV são custo-efetivas, corroborando resultados da literatura. A razão custo-efetividade obtida para o grupo aderente ao tratamento ARV (R\$ 7.621,91), comparado à não terapia, foi menor do que a observada entre os não aderentes (R\$ 9.715,95). Mais ainda, o perfil sociodemográfico dos indivíduos estudados indica que haveria sérios problemas de acessibilidade econômica aos ARV se esses medicamentos não fossem distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde. Os níveis de renda eram baixos e se pode constatar que o valor médio de cada dispensação de ARV correspondia quase ao mesmo valor da renda média individual. Essa situação evidencia a necessidade de se perseguirem ações custo-efetivas na organização da atenção ao indivíduo infectado pelo HIV, como forma de garantir a continuidade dessa atenção de maneira universal, como vem sendo praticada no Brasil.

O componente qualitativo do Projeto Atar foi baseado em duas abordagens: entrevistas em profundidade com indivíduos infectados pelo HIV e grupos focais. Os grupos focais abordaram os fatores relatados pelos diversos atores sociais envolvidos na TARV (profissionais de saúde e representantes de organizações não governamentais) que estão associados ao processo de adesão aos ARV. Buscou-se a compreensão em profundidade do fenômeno que se desejava investigar e a obtenção de dados que, em muitas ocasiões, são de difícil acesso para o investigador ou impossíveis de se alcançar por outras vias.

Segundo atores sociais envolvidos no acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids, alguns problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde podem favorecer ou dificultar a adesão aos ARV. Um desses fatores é a presença de uma equipe multidisciplinar. A infecção pelo HIV/aids é um processo de adoecimento complexo que exige acompanhamento de vários profissionais qualificados e especializados. A ausência de uma equipe multidisciplinar é reflexo de outro problema, encontrado em diversos serviços públicos: número insuficiente de profissionais de saúde. Recursos humanos escassos, combinados com uma demanda elevada, ocasionam sobrecarga de trabalho e atendimento de baixa qualidade. Os entrevistados apontaram inadequações nas orientações fornecidas aos pacientes como outra variável que dificulta o uso regular de ARV. Por outro lado, a boa relação médico-paciente foi reconhecida como um importante fator motivador da adesão à TARV, sendo fundamental que os profissionais adotem uma postura de acolhimento que favoreça a vinculação do paciente ao serviço e à equipe de saúde. Outro fator mencionado como favorável à adesão aos ARV é a existência, nos serviços de saúde, de grupos de convivência ou outras formas de terapia de grupo.

Os profissionais de saúde e representantes de ONG consideram que a distribuição gratuita e universal dos ARV, a profilaxia e o tratamento de doenças oportunistas tem

proporcionado um impacto inegável na qualidade de vida e na sobrevivência dos indivíduos vivendo com HIV/aids, favorecendo também a adesão à TARV. Entretanto, problemas na dispensação desses medicamentos, tais como limitação no horário de funcionamento da farmácia e demora no atendimento, podem influenciar de forma negativa o processo de adesão. Foi mencionada, ainda, a dificuldade de transporte como mais uma variável que dificulta o uso regular dos ARV pelos pacientes.

Como forma de melhorar a adesão, os participantes sugeriram a realização de busca ativa dos faltosos. A adequação e prontidão do atendimento ao paciente não agendado, que faltou ao seguimento de rotina, ou a busca dos faltosos com reagendamento são consideradas muito importantes, porque o grupo de pacientes faltosos tem maior risco de não adesão.

O segundo estudo do componente qualitativo baseou-se em entrevistas em profundidade com homens infectados pelo HIV/aids, acompanhados nos dois serviços de referência. Os homens foram os primeiros a vivenciar a experiência social da aids, em face de uma sociedade que representava a infecção pelo HIV e aids como doença transmissível e letal, da qual a população em geral estava protegida porquanto o mito fundador foi o de uma doença de homossexuais. O conhecimento do que os homens infectados pensam sobre o HIV e seu tratamento poderá contribuir para o melhor entendimento dos serviços de saúde quanto ao seu acompanhamento, possibilitando melhor adesão à terapia com antirretrovirais e prevenção de novos casos. Nessa perspectiva, o estudo discutiu as representações em torno da infecção pelo HIV e das posturas de homens acerca da aids, da transmissão do vírus, do tratamento, do segredo e da sexualidade, no contexto do Projeto ATAR.

Observou-se que a representação central da aids para os homens entrevistados é relacionada à morte, considerada iminente no momento do diagnóstico, o que gera sofrimento e angústia. No entanto, com o passar do tempo e com a introdução dos medicamentos, a representação de morte iminente passa a ser de morte adiada, fazendo com que os homens acreditem em uma nova chance e um ganho de tempo até o desenvolvimento de novos medicamentos e tecnologias que trarão a cura. A análise mostrou, dentre outros aspectos, que os sentimentos e posturas de homens vivendo com o HIV, no que se refere às interações sociais, estão representados pelo segredo e pelo preconceito. Para os participantes do estudo, há uma mudança de vida, considerada por muitos como radical, com a descoberta da infecção pelo HIV/aids, o que, na maioria dos casos, se traduz em solidão, fechamento em si mesmos, desconfiança, segredos, dissimulações e mentiras, inclusive no interior da família. Estes são aspectos de desgaste, sofrimento e exclusão sociais, que apontam para dificuldades na adesão ao tratamento e revelam a necessidade de maiores investimentos dos serviços de saúde na compreensão da aids como um acontecimento para além da clínica, exigindo a formulação de estratégias de integralidade e intersetorialidade no acompanhamento

de pessoas vivendo com HIV e aids, visando a promover saúde e melhorar a qualidade de suas vidas.

Concluimos chamando a atenção para a riqueza de conteúdo e análise que se pode obter ao se utilizarem, de maneira complementar, as abordagens quantitativa e qualitativa. O cenário que emergiu dessa estratégia metodológica permite uma compreensão mais ampla do processo de adesão ao tratamento antirretroviral e dos fatores que o influenciam. Esperamos que a divulgação e a discussão ampla dos resultados aqui apresentados, junto aos serviços e à sociedade, possam gerar uma reflexão acerca do tratamento antirretroviral, sua complexidade, suas consequências e seus impactos, não somente clínicos, mas, sobretudo, na qualidade de vida das pessoas às quais nós, profissionais de saúde, devemos nos dedicar e contribuir de forma efetiva.

## **RECOMENDAÇÕES**

### **DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Estratégias precoces de intervenção devem ser implementadas, antes mesmo que exista indicação de se iniciar a terapia ARV. Dentre os principais aspectos a serem considerados, destacam-se: paciente com baixa renda e escolaridade, uso de álcool, comportamento de risco, a existência de algum grau de ansiedade e depressão, os potenciais efeitos adversos com a consequente troca de esquemas, a utilização dos serviços e a orientação médica e farmacêutica. O adequado monitoramento clínico das reações adversas e a orientação adequada acerca dos ARV devem ser priorizados. Dessa forma, o desafio para alcançar níveis ótimos de adesão deve ser preocupação imediata dos serviços, profissionais e pacientes, balizado pelas seguintes recomendações:

- I. Realizar esforços para facilitar o acesso da população ao teste anti-HIV (p. ex., disponibilização de testes rápidos em serviços de saúde) e melhorar a autopercepção dos indivíduos sobre a infecção (p. ex., campanhas publicitárias), além de propiciar o adequado acolhimento e aconselhamento dos indivíduos nos serviços de saúde, a fim de promover o diagnóstico precoce e o início do acompanhamento e tratamento ARV em tempo adequado, contribuindo, assim, para o aumento da qualidade de vida e a potencial redução da transmissão do HIV para os não infectados.
- II. Desenvolver estratégias individualizadas para aumentar o grau de compreensão da terapia, por meio de medidas educativas que tenham em conta as limitações individuais e que motivem os indivíduos na adoção de atitudes ativas para solicitar informação, esclarecer suas dúvidas e buscar entender melhor a informação recebida sobre a TARV.

- III. Desenvolver processos de triagem nos serviços para a identificação de pacientes mais vulneráveis e que apresentem baixo limiar para lidar com as dificuldades inerentes aos complexos esquemas ARV, para viabilizar intervenções precoces de prevenção da ocorrência de não adesão e a preservação de plena atividade do esquema antirretroviral no longo prazo.
- IV. Oferecer apoio psicoterápico e ampliar o acesso ao mesmo nos serviços de atenção ao portador do HIV, com profissionais de saúde mental capacitados e disponíveis desde o início do tratamento.
- V. Estabelecer protocolos padronizados para reações adversas agudas e crônicas aos ARV nos serviços, visando contribuir para a melhora do reconhecimento, tratamento e prevenção desse evento e promover melhor adesão ao tratamento ARV.
- VI. Implantar e promover a efetiva utilização do SICLOM pelas unidades dispensadoras dos serviços de referência, o que permite, pela facilidade de acesso às informações, monitorar e avaliar continuamente as dispensações dos antirretrovirais, identificando rapidamente os pacientes com retirada irregular ou em risco de abandono do tratamento.
- VII. Acompanhar a iniciativa do Sistema Único de Saúde de distribuir os medicamentos ARV no sentido de promover maior racionalidade no seu uso, além do seguimento adequado e suporte sistemático aos indivíduos, para incrementar a adesão e obter maior efetividade do tratamento.
- VIII. Realizar intervenções visando à obtenção e manutenção de níveis ótimos de resposta clínica-laboratorial ao tratamento, com um foco claro de aconselhamento, suporte social e laboral, além de procedimentos clínicos tais como: regularidade de visitas médicas, monitoramento contínuo de reações adversas e ajustes necessários nos regimes terapêuticos. O acesso facilitado aos serviços de saúde e o estabelecimento de equipe multidisciplinar certamente contribuirão para o incremento da adesão na população estudada.

## **DA CONTINUIDADE DA PESQUISA**

- I. Empreender estudos complementares que melhor identifiquem os fatores relacionados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, à compreensão da TARV e à ocorrência de ansiedade e depressão entre pessoas vivendo com o HIV/aids.
- II. Produzir estimativas de prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão entre as pessoas vivendo com o HIV/aids, especialmente antes do início da TARV.

- III. Realizar pesquisas abrangentes, com maior representatividade, comparando diferentes definições e medidas de adesão, o que pode contribuir para a identificação e padronização das medidas mais efetivas e indicadas para a investigação e organização dos serviços de saúde.
- IV. Providenciar estudos de adesão a médio e longo prazo, considerando os efeitos tardios da TARV entre pacientes em acompanhamento nos serviços de referência nacionais.
- V. Desenvolver pesquisas que objetivem compreender melhor a complexidade do processo de adesão à TARV e as dificuldades de cumprir o tratamento, assim como as consequências que a não adesão à terapia ARV acarreta.
- VI. Estimular análises de custo-efetividade mais refinadas sobre a TARV. No contexto de países de baixa renda, será importante incluir os custos associados com a utilização atual e as futuras consequências dessas intervenções. Assim, incluir os ganhos de produtividade resultantes da redução da morbidade e do incremento na sobrevivência de jovens pode tornar a TARV mais custo-efetiva nesses países. Da mesma forma, a probabilidade de que a TARV diminua o risco de transmissão do vírus ou aumente a motivação para realizar o teste anti-HIV, devido à disponibilidade de um tratamento efetivo, são aspectos que devem ser considerados.
- VII. Finalmente, empreender estudos de intervenção objetivando avaliar a eficácia e/ou efetividade para minimizar e/ou prevenir a não adesão aos antirretrovirais, considerando aspectos socioculturais, econômicos e comportamentais, além das características dos serviços e profissionais de saúde, dentre outros.

TABELA 30

FATORES ASSOCIADOS AOS EVENTOS ANALISADOS POR MODELOS MULTIVARIADOS, PROJETO ATAR.

| Fatores associados  | Eventos                            |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
|---|------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------|
|   | Início tardio da TARV <sup>1</sup> | Sintomas de ansiedade/depressão <sup>2</sup> | Compreensão da TARV <sup>3</sup> | Dificuldade com a TARV <sup>4</sup> | Dispensação Irregular/Abandono <sup>5</sup> | Não adesão (autorrelato) <sup>6</sup> | Reações adversas <sup>7</sup> |
| <b>Características socioeconômicas e demográficas</b>     |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Escolaridade  |                                    | X  | X                                |                                     |   |                                       |                               |
| Ocupação  | X                                  |  |                                  |                                     |   | X                                     |                               |
| Renda no último mês                                       |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Arranjo domiciliar (vive sozinho?)                        |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Plano de saúde  |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Fala com alguém próximo sobre ser HIV+                    |                                    | X  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| Residência (capital/interior)                             |                                    |  |                                  |                                     | X   |                                       |                               |
| Sexo  |                                    | X  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| <b>Características relacionadas ao serviço de saúde</b>   |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Motivo de realização do teste anti-HIV                    | X                                  |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Número de consultas antes do início da TARV               | X                                  |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Tempo entre a 1ª consulta e o início da TARV              | X                                  |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Dificuldade em procurar serviço de saúde                  |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Sentir-se constrangido no serviço de saúde                |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Acompanhamento psicológico                                |                                    | X  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| Entendimento das orientações farmacêuticas                |                                    |  | X                                |                                     |   |                                       |                               |
| Entendimento das orientações médicas                      |                                    |  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| Tempo entre resultado do teste HIV e 1ª prescrição de ARV |                                    |  |                                  |                                     |   | X                                     |                               |

CONTINUA

| Fatores associados                                     | Eventos                            |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
|--|------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------|
|  | Início tardio da TARV <sup>1</sup> | Sintomas de ansiedade/depressão <sup>2</sup> | Compreensão da TARV <sup>3</sup> | Dificuldade com a TARV <sup>4</sup> | Dispensação Irregular/Abandono <sup>5</sup> | Não adesão (autorrelato) <sup>6</sup> | Reações adversas <sup>7</sup> |
| Número de serviços de saúde utilizados                 |                                    |  |                                  |                                     |   | X                                     |                               |
| <b>Comportamentais</b>                                 |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Parceiro sexual (último mês)                           |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Uso de preservativo durante a vida (regular/irregular) |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Uso de álcool (último mês)                             |                                    |  |                                  |                                     |   | X                                     |                               |
| Categoria de exposição (UDI/HSH/ transfusão)           |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| <b>Clínicos</b>  |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Carga viral na 1ª prescrição de ARV                    |                                    | X  |                                  |                                     |   |                                       |                               |
| Classificação clínica (CDC 1992)                       |                                    |  | X                                | X                                   |   |                                       |                               |
| Contagem de linfócitos T CD4+                          |                                    |  |                                  | X                                   | X   |                                       |                               |
| Grau de ansiedade                                      |                                    |  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| Esquema ARV  |                                    |  | X                                |                                     | X   |                                       | X                             |
| Número de pílulas ao dia                               |                                    |  | X                                | X                                   |   | X                                     |                               |
| Uso de outra medicação                                 |                                    |  |                                  | X                                   |   |                                       |                               |
| Reações adversas                                       |                                    |  |                                  | X                                   |   | X                                     |                               |
| Troca de ARV no período                                |                                    |  |                                  |                                     |   | X                                     |                               |
| Conhecimento sobre a duração do tratamento com ARV     |                                    |  | X                                |                                     |   |                                       |                               |
| Uso de ARV (regular/irregular)                         |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       | X                             |
| Adesão à TARV (aderente/não aderente)                  |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       | X                             |
| Classificação clínica inicial                          |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       | X                             |
| Número de consultas com infectologista/clínico         |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       | X                             |
| Tempo entre consultas                                  |                                    |  |                                  |                                     |   |                                       | X                             |

1 Fernandes et al. (2009), 2 Campos, Bonolo e Guimarães (2006), Campos, Guimarães e Remien (2008), 3 Ceccato et al. (2004), Ceccato et al. (2008), 4 Guimarães et al. (2008), 5 Gomes et al. (2009), 6 Bonolo et al. (2005), 7 Menezes de Pádua et al. (2006), Menezes de Pádua et al. (2007).







- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. I. S.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- ACURCIO, F. A. et al. Análisis coste-efectividad de la adhesión inicial a la terapia antirretroviral entre individuos infectados por el VIH en Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Esp. Salud Publica*, [S.l.], v. 80, p. 41-54, 2006.
- ACURCIO, F. A.; CÉSAR, C. C.; GUIMARÃES, M. D. C. Health care utilization and survival among patients with AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 14, p. 811-20, 1998.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Uso de los servicios de salud y progresión al sida entre personas com infección por el VIH em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v. 4, p. 331-40, 1998.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev. Saúde Publica*, [S.l.], v. 33, Suppl1, p. 73-84, 1999.
- AHOUA, L. et al. Risk factors for virological failure and subtherapeutic antiretroviral drug concentrations in HIV-positive adults treated in rural northwestern Uganda. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 9, p. 81, 2009.
- AKICI, A. et al. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, [S.l.], v. 13, Suppl 12, p. 871-6, 2004.
- ÁLVARES, J. et al. Registro diário de medicamentos: adequado para medir adesão em estudos epidemiológicos? *Rev. Med. Minas Gerais*, [S.l.], v. 17, n. 1/2, Supl. 4, p. S265-S271, 2007.
- AMBERBIR, A. et al. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 8, p. 265, 2008.

AMICO, K. R. et al. Reasons for ART non-adherence in the Deep South: adherence needs of a sample of HIV-positive patients in Mississippi. *AIDS Care*, [S.l.], v. 19, n. 10, p. 1210-8, Nov. 2007.

AMICO, K. R.; TORO-ALFONSO, J.; FISHER, J. D. An empirical test of the information, motivation and behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, [S.l.], v. 17, n. 6, p. 661-73, Aug. 2005.

AMMASSARI, A. et al. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, [S.l.], v. 45, n. 5, p. 394-402, Sep. 2004.

AMMASSARI, A. et al. Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, [S.l.], v. 28, p. 445-449, 2001.

ANDREO, C. et al. Non-compliance in HIV infected patients, supported by a community association. *Sante Publique*, [S.l.], v. 13, p. 249-62, 2001.

ANIS, A. H. et al. The cost effectiveness of antiretroviral regimens for the treatment of HIV/AIDS. *PharmacoEconomics*, [S.l.], v. 18, p. 393-404, 2000.

ANTUNES, M. C. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 88-95, 2002.

APPLEBAUM, A. J. et al. Gender and Other Psychosocial Factors as Predictors of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in Adults with Comorbid HIV/AIDS, Psychiatric and Substance-related Disorder. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 60-5, Feb. 2009.

ARICI, C. et al. Factors associated with the failure of HIV-positive persons to return for scheduled medical visits. *HIV Clin. Trials*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 52-7, 2002.

ASCIONE, F. J.; KIRSCHT, J. P.; SHIMP, L. A. Na assessment of different components of patient medication knowledge. *Med. Care*, [S.l.], v. 24, Suppl 11, p. 1018-27, 1986.

BAENA, M. I. et al. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm.*, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 365-81, 2005.

BAJUNIRWE, F. et al. Adherence and treatment response among HIV-1-infected adults receiving antiretroviral therapy in a rural government hospital in Southwestern Uganda. *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 139-47, Mar. 2009.

BANGSBERG, D. R. et al. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *Aids*, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 223-31, Jan. 2006.

BARCLAY, T. R. et al. Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *Health Psychol*, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 40-9, Jan. 2007.

BARFOD, T. S. et al. Patients' answers to simple questions about treatment satisfaction and adherence and depression are associated with failure of HAART: a cross-sectional survey. *AIDS Patient Care STDs*, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 317-25, May 2005.

BARFOD, T. S. et al. 'Simply forgot' is the most frequently stated reason for missed doses of HAART irrespective of degree of adherence. *HIV Med.*, [S.l.], v. 7, n. 5, p. 285-90, Jul. 2006.

BARTLETT, J. A. et al. Initial therapy with abacavir + lamivudine (ABC+3TC) combined with efavirenz (NNRTI), amprenavir/ritonavir (IP), or stavudine (NRTI): ESS40001 (CLASS). In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 15., 2004, Bangkok, Thailand. *Proceedings...* Bangkok, 2004.

BASSETTI, S. et al. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 21, p. 114-19, 1999.

BASTOS, F. I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BASUYAU, F. et al. Case fatality and health care costs in HIV-infected patients: evolution from 1992 to 2000 at Rouen University Hospital, France. *Int. J. STD AIDS*, [S.l.], v. 15, p. 679-84, 2004.

BAUTISTA, S.; MANE, A.; BERTOZZI, S. The economic impact of choice of antiretroviral therapy in the context of rapid scaling up access to treatment: Lessons from Mexico. In: INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS ASSOCIATION WORLD CONGRESS, 5., 2005, Barcelona, Spain. *Proceedings...* Barcelona: UPF, 2005. p. 162.

BEACH, M. C.; KERULY, J.; MOORE, R. D. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 661-5, Jun. 2006.

BEALS K. P. et al. The role of family caregivers in HIV medication adherence. *AIDS Care*, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 589-96, Aug. 2006.

BECK, E. J. et al. The cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy, Canada 1991-2001. *Aids*, [S.l.], v. 18, p. 2411-8, 2004.

BERG, K. M.; ARNSTEN, J. H. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 43, p. S79-S87, 2006.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 42, n. 1, p. 34-44, 2008.

BING, E. G. et al. Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, [S.l.], v. 58, p. 721-28, 2001.

BISSON, G. P. et al. Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS Med.*, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 109, May 2008.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan, 1992. p. 125.

BLATT, C. R. et al. Assessment of adherence to antiretroviral drugs in a municipality in southern Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 131-6, Mar. 2009.

BOARTS, J. M. et al. Relationship of race-, sexual orientation-, and HIV-related discrimination with adherence to HIV treatment: a pilot study. *J. Behav. Med.*, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 445-51, Oct. 2008.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: Aids e DST: 27ª – 52ª – semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2007, 01ª – 26ª – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, n. 1, jul./jun. 2007/2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.

BOMTEMPO, N. M. *Estudo de fatores de risco para uso irregular do tratamento anti-retroviral, em um serviço público de referência, em Minas Gerais*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

BONFANTI, P. et al. Incidence of adverse reactions in HIV patients treated with protease inhibitors: a cohort study. Coordinamento Italiano Studio Allergia e Infezione da HIV (CISAI) Group. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, [S.l.], v. 23, p. 236-45, 2000.

BONFANTI, P. et al. Predictors of protease inhibitor-associated adverse events. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, [S.l.], v. 55, p. 321-23, 2001.

BONOLO, P. F. et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, [S.l.], v.19, Suppl 4, p. S5-13, Oct. 2005.

BONOLO, P. F. et al. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saude Publica*, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 2603-13, Nov. 2008.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas de adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 261-78, out./dez. 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 29, p. 355-63, 1995.

BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. *J. Bras. Psiquiatr.*, [S.l.], v. 47, p. 285-89, 1998.

BOTTONARI, K. A. et al. Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: a preliminary investigation. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 719-27, Nov. 2005.

BOZZETTE, S. A. *The economics of HIV in the HAART era*. 2004. Disponível em: <<http://www.clinicaloptions.com/HIV/Treatment%20Updates/Pharmacoeconomic>>. Acesso em: 23 out. 2009.

BRASIL. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/assistencia/lei9313.htm>>. Acesso em: 6 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids números apontam estabilização de novos casos*. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/imprensa/NoticiasImpressao.asp?NOTCod=52007>>. Acesso em: 4 dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV–2004*. Brasília, 2003b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/adultos\\_2004/consenso.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/adultos_2004/consenso.doc)>. Acesso em: 3 dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Resposta +: atenção às pessoas que vivem com HIV e Aids*. Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta\\_2005.pdf](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta_2005.pdf)>. Acesso em: 9 ago. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Avaliação de Serviços de Saúde*. 2002. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília, 2008a. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais, n. 84).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Estratégico do PN-DST/Aids para 2005*. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV*. 7. ed. Brasília, 2008b. 244 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira*. Brasília, 1999.

BRETON, G. et al. Characteristics and response to antiretroviral therapy of HIV-1-infected patients born in Africa and living in France. *HIV Med.*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 164-70, Apr. 2007.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. de. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, 1999-2002. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, [S.l.], v. 52, p. 86-92, 2006.

BROOK, M. G.; CURTIS, H.; JOHNSON, M. A. Findings from the British HIV Association's national clinical audit of first-line antiretroviral therapy and survey of treatment practice and maternity care 2002. *HIV Med.*, [S.l.], v. 5, p. 415-20, 2004.

BROWN, V. B. et al. Change in perceived barriers and facilitators to treatment among women with HIV/AIDS as a function of psychosocial service utilization. *AIDS Patient Care and STDs*, [S.l.], v. 14, p. 381-90, 2000.

BURGOYNE, R. W.; TAN, D. H. Prolongation and quality of life for HIV-infected adults treated with highly active antiretroviral therapy (HAART): a balancing act. *J. Antimicrob. Chemother.*, [S.l.], v. 61, p. 469-73, 2008.

BYAKIKA-TUSIIME, J. et al. Longitudinal antiretroviral adherence in HIV+ Ugandan parents and their children initiating HAART in the MTCT-Plus family treatment model: role of depression in declining adherence over time. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 13, Suppl 1, p. 82-91, Jun. 2009.

CAMPOS, L. N. Avaliação da qualidade de vida e dos níveis de ansiedade e depressão entre indivíduos infectados pelo HIV iniciando terapia anti-retroviral. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, L. N.; BONOLO, P. F.; GUIMARÃES, M. D. C. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 529-36, 2006.

CAMPOS, L. N.; GUIMARÃES, M. D.; REMIEN, R. H. Anxiety and Depression Symptoms as Risk Factors for Non-adherence to Antiretroviral Therapy in Brazil. *AIDS Behav.*, [S.l.], Jul. 2008.

CANINI, S. R. M. S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/Aids: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 904-5, 2004.



- CARBALLO, E. et al. Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Qual. Life Res.*, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 587-99, Apr. 2004.
- CARLUCCI, J. G. et al. Predictors of adherence to antiretroviral therapy in rural Zambia. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 47, n. 5, p. 615-22, Apr. 2008.
- CARMODY, E. R. et al. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in Rio de Janeiro public clinic. *Trop. Med. and Int. Health*, [S.l.], v. 8, p. 378-85, 2003.
- CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRWAN, J. R. Quality of life measures. *Br. J. Rheumatol.*, [S.l.], v. 35, p. 275-81, 1996.
- CARR, A.; COOPER, D. A. Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*, [S.l.], v. 356, p. 1423-30, 2000.
- CARRICO, A. W. et al. Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-Positive gay men treated with HAART. *Ann. Behav. Med.*, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 155-64, Apr. 2006.
- CARVALHO, C. V.; MERCHAN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinants of antiretroviral treatment adherence in Brasília, Federal District: a case-control study. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 40, n. 5, p. 555-65, Sep. 2007.
- CASTILLA, J. et al. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*, [S.l.], v. 16, p. 1945-51, 2002.
- CASTILLO, E. et al. Outpatient pharmacy care and HIV viral load response among patients on HAART. *AIDS Care*, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 446-57, May 2004.
- CATZ, S. L. et al. Patterns, Correlates, and Barriers to Medical Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychol.*, [S.l.], v. 19, p. 124-33, 2000.
- CAULDBECK, M. B. et al. Adherence to anti-retroviral therapy among HIV patients in Bangalore, India. *AIDS Res. Ther.*, [S.l.], v. 9, p. 7, 2009.
- CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão da terapia anti-retroviral: uma aplicação do modelo de traço latente. *Cad. Saude Publica*, [S.l.], v. 24, n. 7, p. 1689-99, 2008.

CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, p. 1388-97, 2004.

CECCATO, M. G. B. et al. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 7-13, 2009.

CEDERFJÄLL, C. et al. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care and STDs*, [S.l.], v. 15, p. 31-39, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definitions for AIDS among adolescents and adults. *Morbidity and mortality Weekly Report*, [S.l.], v. 41, p. RR-17, 1992.

\_\_\_\_\_. Late versus early testing of HIV – 16 sites, United States, 2000 – 2003. *Morbidity and mortality Weekly Report*, [S.l.], v. 52, p. 581-86, 2003.

CERDA, J. C. M. et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 312-19, 1999.

CHANDRA, P. S. et al. Anxiety and Depression among HIV-Infected Heterosexuals - a Report from India. *J. Psychom. Res.*, [S.l.], v. 45, p. 401-9, 1998.

CHANDRA, P. S. et al. Relationship of Psychological Morbidity and Quality of Life to Illness-Related Disclosure among HIV-Infected Persons. *J. Psychom. Res.*, [S.l.], v. 54, p. 199-203, 2003.

CHANG, L. W. et al. Two-year virologic outcomes of an alternative AIDS care model: evaluation of a peer health worker and nurse-staffed community-based program in Uganda. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 50, n. 3, p. 276-82, Mar. 2009.

CHEQUER, P. et al. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. *AIDS*, [S.l.], v. 16, Suppl 3, p. S50-7, 2002.

CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin. Inf. Dis.*, [S.l.], v. 30, Suppl 2, p. 171-76, 2000.

CHI, B. H. et al. Adherence to first-line antiretroviral therapy affects non-virologic outcomes among patients on treatment for more than 12 months in Lusaka, Zambia. *Int. J. Epidemiol.*, [S.I.], v. 38, n. 3, p. 746-56, Jun. 2009.

CHI, B. H. et al. CD4+ Response and Subsequent Risk of Death Among Patients on Antiretroviral Therapy in Lusaka, Zambia. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.I.], Jun. 2009.

CIESLA, J. A.; ROBERTS, J. E. Meta-Analysis of the Relationship between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. *Am. J. Psychiatry*, [S.I.], v. 158, p. 725-30, 2001.

CODINA-JANÉ, C. et al. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm. Hosp.*, [S.I.], v. 28, Suppl. 1, p. 19-26, 2004.

COHN, S. E. et al. Prior illicit drug use and missed prenatal vitamins predict nonadherence to antiretroviral therapy in pregnancy: adherence analysis A5084. *AIDS Patient Care STDS*, [S.I.], v. 22, n. 1, p. 29-40, Jan. 2008.

COLLINS, E. J. et al. Lipodystrophy severity does not contribute to HAART nonadherence. *AIDS Behav.*, [S.I.], v. 10, n. 3, p. 273-7, May 2006.

COLOMBRINI, M. R.; COLETA, M. F.; LOPES, M. H. Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy. *Rev. Esc. Enferm. USP*, [S.I.], v. 42, n. 3, p. 490-5, Sep. 2008.

COMMONWEALTH PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (CPA). The role of the pharmacist in the prevention and management of HIV/AIDS. *Pharm. J.*, [S.I.], v. 271, p. 783-4, 2003.

COOK, J. A. et al. Effects of Depressive Symptoms and Mental Health Quality of Life on Use of Highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-seropositive Women. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.I.], v. 30, p. 401-9, 2002.

COOPER, D.; YENI, P. Virological and immunological outcomes at 3 years following initiation of ART with regimens containing a NNRTI or PI or both: The INITIO trial. In:

CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS, 12., 2005, Boston. *Proceedings...* Boston, 2005. Abstract 165LB.

COWDERY, J. E.; PESA, J. A. Assessing quality of life in women living with HIV infection. *AIDS Care*, [S.l.], v. 14, p. 235-245, 2002.

CRISP, B. R. et al. Medication compliance and satisfaction with treatment for HIV disease in a sample of African-American crack cocaine smokers. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 199-206, Jun. 2004.

CRUM, N. F. et al. Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected persons: analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *J. Acquir. Immune Def. Syndr.*, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 194-200, 2006.

CURTIS, H.; SABIN, C. A.; JOHNSON, M. A. Findings from the first national clinical audit of treatment for people with HIV. *HIV Med.*, [S.l.], v. 4, p. 11-17, 2003.

DANTAS, S. M. *Igualdade de Gênero e HIV / AIDS: uma política por construir*. cartilha saúde da mulher. [S.l.]: Unifem, 2004. Disponível em: <<http://www.agenciaAids.com.br>>. Acesso em: 5 jun. 2004.

D'ARMINIO MONFORTE, A. et al. Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naive patients. I.C.O.N.A. Study Group. Italian Cohort of Antiretroviral-Naive Patients. *Aids*, [S.l.], v. 14, p. 499-507, 2000.

DEMAZIERE, D.; DUBAR, C. *Analyser les Entretiens Biographiques, L'exemple de Récits d'Insertion*. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 350 p.

DIABATE, S.; ALARY, M.; KOFFI, C. K. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-1-infected patients in Cote d'Ivoire. *AIDS*, [S.l.], v. 21, n. 13, p. 1799-803, Aug. 2007.

DIAMOND, C. et al. Use of and adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behavior in HIV clinic patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 211-8, Jun. 2005.

DIELEMAN, J. P. et al. Determinants of recurrent toxicity-driven switches of highly active antiretroviral therapy. The ATHENA cohort. *Aids*, [S.l.], v. 16, p. 737-45, 2002.

DONABEDIAN, A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990. 74 p.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1968.

URAN, S. et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 38-45, 2001.

DUVAL, X. et al. Indinavir plasma concentration and adherence score are codeterminant of early virologic response in HIV-infected patients of the APROCO cohort. *Ther. Drug. Monit.*, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 63-70, Feb. 2005.

DYBUL, M. et al. Evaluation of Initial CD4+ T Cell in Individuals with Newly Diagnosed Human Immunodeficiency Virus Infection, by Sex and Race, in Urban Settings. *J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 185, p. 1818-21, 2002.

EHOLIE, S. P. et al. Field adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Abidjan, Cote d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 355-8, Jul. 2007.

EVANS, D. L. et al. Association of Depression with Viral Load, CD8 T Lymphocytes, and Natural Killer Cells in Women with HIV Infection. *Am. J. Psychiatry*, [S.l.], v. 159, p. 752-9, 2002.

FELLAY, J. et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*, [S.l.], v. 358, p. 1322-27, 2001.

FERNANDES, J. R. M. et al. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/Aids em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 1369-80, 2009. Com autorização.

FIELDEN, S. J. et al. Nonadherence increases the risk of hospitalization among HIV-infected antiretroviral naive patients started on HAART. *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, [S.l.], v. 7, n. 5, p. 238-44, Sep. 2008.

FIELDING, K. L. et al. Risk factors for poor virological outcome at 12 months in a workplace-based antiretroviral therapy programme in South Africa: a cohort study. *BMC Infect. Dis.*, [S.l.], v. 8, p. 93, 2008.

FIGHTING AIDS is best use of money, says cost-benefit analysis. *Nature*, [S.l.], v. 429, p. 592, 2004.

FLAMENT, 1989 apud GIAMI, A.; VEIL, C. *Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças*. Canoas: Ed. Ulbra, 1997.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saude Publica*, [S.l.], v. 33, p. 198-205, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev. Saude Publica*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002.

FLETCHER, S. W. et al. Patient understanding of prescribed drugs. *J. Community Health*, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 183-189, Mar. 1979.

FLYNN, P. M. et al. Long-term observation of adolescents initiating HAART therapy: three-year follow-up. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, [S.l.], v. 23, n. 10, p. 1208-14, Oct. 2007.

FOGARTY, L. et al. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Educ. Counsel*, [S.l.], v. 46, p. 93-108, 2002.

FONG, O. W. et al. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in chinese HIV/aids patients. *HIV Medicine*, [S.l.], v. 4, p. 133-38, 2003.

FREEDBERG, K. A. et al. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 344, p. 824-31, 2001.

FRENCH, T. et al. Correlation of a brief perceived stress measure with nonadherence to antiretroviral therapy over time. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 38, n. 5, p. 590-7, Apr. 2005.

FUMAZ, C. R. et al. Long-term neuropsychiatric disorders on efavirenz-based approaches: quality of life, psychologic issues, and adherence. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 38, n. 5, p. 560-5, Apr. 2005.

FUMAZ, C. R. et al. Low levels of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected women with menstrual disorders. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 463-8, Jun. 2009.

FUMAZ, C. R. et al. Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care*, [S.l.], v. 20, n. 7, p. 796-805, Aug. 2008.

GANDHI, M. et al. Protease inhibitor levels in hair strongly predict virologic response to treatment. *AIDS*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 471-8, Feb. 2009.

GARCIA DE OLALLA, P. et al. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 30, p. 105-10, 2002.

GARCIA, F. et al. Long-term CD4 T-Cell Response to Highly Active Antiretroviral Therapy According to Baseline CD4+ T-Cell Count. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 36, p. 702-13, 2004.

GARCIA, R. et al. Cross-sectional study to evaluate factors associated with adherence to antiretroviral therapy by Brazilian HIV-infected patients. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, [S.l.], v. 22, n. 12, p. 1248-52, Dec. 2006.

GARDNER, E. M. et al. The association of adherence to antiretroviral therapy with healthcare utilization and costs for medical care. *Appl. Health Econ. Health Policy*, [S.l.], v. 6, n. 2-3, p. 145-55, 2008.

GELETKO, S. M.; POULAKOS, M. N. Pharmaceutical services in an HIV clinic. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, [S.l.], v. 59, n. 8, p. 709-13, 2002.

GELLAITRY, G. et al. Patients' perception of information about HAART: Impact on treatment decisions. *AIDS Care*, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 367-76, 2005.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre a prevenção da Aids. *Psicologia Teoria e Prática*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

GIAMI, A.; VEIL, C. *Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças*. Canoas: Ed. Ulbra, 1997. 333 p.

GILL, C. J. et al. Importance of Dose Timing to Achieving Undetectable Viral Loads. *AIDS Behav.*, [S.l.], Apr. 2009.

GLASS, T. R. et al. Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 385-92, Mar. 2006.

GLASS, T. R. et al. Self-reported non-adherence to antiretroviral therapy repeatedly assessed by two questions predicts treatment failure in virologically suppressed patients. *Antivir. Ther.*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 77-85, 2008.

GOLDIE, S. J. et al. Projecting the cost-effectiveness of adherence interventions in persons with human immunodeficiency virus infection. *AM. J. Med.*, [S.l.], v. 115, p. 632-41, 2003.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/aids no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 789-97, 1999.

GOMES, R. R. F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia de antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009.

GONZALEZ, J. S. et al. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychol.*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 413-8, Jul. 2004.

GORDON, K.; SMITH, F.; DHILLON, S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ. Couns.*, [S.l.], v. 65, n. 3, p. 407-15, 2007.

GRAHAM, J. et al. Medication beliefs as mediators of the health literacy-antiretroviral adherence relationship in HIV-infected individuals. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 385-92, May 2007.

GRMEK, M. D. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*. Paris: Payot et Rivages, 1994. 532 p.

GROSS, R. et al. A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. *J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 194, n. 8, p. 1108-14, Oct. 2006.



GROSS, R.; ZHANG, Y.; GROSSBERG, R. Medication refill logistics and refill adherence in HIV. *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.*, [S.l.], v. 14, n. 11, p. 789-93, Nov. 2005.

GROSSBERG, R.; ZHANG, Y.; GROSS, R. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *J. Clin. Epidemiol.*, [S.l.], v. 57, n. 10, p. 1107-10, Oct. 2004.

GUERRAULT, M. N. et al. Study of the usefulness of pharmacist consultations for patients on antiretroviral regimens. *Presse Med.*, [S.l.], v. 34, n. 20, pt. 2, p. 1563-70, Nov. 2005.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. *Clinics*, [S.l.], v. 63, p. 165-72, 2008.

GUSTAFSSON, J. et al. Patient information leaflets- patient's comprehension of information about interactions and contraindications. *Pharm. World Sci.*, [S.l.], v. 27, p. 35-40, 2005.

HACKER, M. A. et al. Highly active antiretroviral therapy in Brazil: the challenge of universal access in a context of social inequality. *Pan. Am. J. of Public Health*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 78-83, 2004.

HANSON, D. L. et al. HIV type 1 drug resistance in adults receiving highly active antiretroviral therapy in Abidjan, Cote d'Ivoire. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 489-95, May 2009.

HARDY, H. Adherence to antiretroviral therapy: The emerging role of HIV pharmacotherapy specialists. *Journal of Pharmacy Practice*, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 247-57, 2005.

HARRIGAN, P. R. et al. Predictors of HIV drug-resistance mutations in a large antiretroviral-naïve cohort initiating triple antiretroviral therapy. *J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 191, n. 3, p. 339-47, Feb. 2005.

HAYS, R. D. et al. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *American Journal of Medicine*, [S.l.], v. 108, p. 714-22, 2000.

HECKMAN, T. G. et al. Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in urban and rural areas. *AIDS Care*, [S.l.], v. 10, p. 365-75, 1998.

HEDT, B. L. et al. Early warning indicators for HIV drug resistance in Malawi. *Antivir. Ther.*, [S.l.], v. 13, Suppl. 2, p. 69-75, 2008.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 42, p. 764-7, 2008.

HERRAIZ, F.; VILLAMARÍN, F.; CHAMARRO, A. Correlatos psicosociales de La adhesión AL tratamiento antirretroviral em el centro penitenciário de hombres de Barcelona. *Rev. Esp. Sanid. Penit.*, [S.l.], v. 10, n. 3, 2008.

HICKS, P. L. et al. The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care*, [S.l.], v. 19, n. 9, p. 1134-40, Oct. 2007.

HINKIN, C. H. et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. S19-S25, Jan. 2004.

HIRSCH, J. D. et al. Evaluation of the first year of a pilot program in community pharmacy: HIV/AIDS medication therapy management for Medi-Cal beneficiaries. *J. Manag. Care Pharm.*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 32-41, Jan. 2009.

HOFFER, C. B.; SCHECHTER, M.; HARRISON, L. H. Effectiveness of antiretroviral therapy among patients who attend public HIV clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 967-71, Aug. 2004.

HOGG, R. S. et al. Intermittent use of triple-combination therapy is predictive of mortality at baseline and after 1 year of follow-up. *AIDS*, [S.l.], v. 16, p. 1051-8, 2002.

HOGG, R. S. et al. Rates of Disease Progression by Baseline CD4 Cell Count and Viral Load After Initiating Triple-Drug Therapy. *JAMA*, [S.l.], v. 286, p. 2560-97, 2001.

HOLMBERG, S. D. et al. The case for earlier treatment of HIV infection. *Clin. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 39, p. 1699-704, 2004.

HOLMES, W. C. et al. HIV/AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 323-7, Nov. 2007.

HORBERG, M. A. et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 47, n. 3, p. 384-90, Mar. 2008.

HORNE, R. et al. Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence: the utility of the necessity-concerns framework. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 334-41, Jul. 2007.

ICKOVICS, J. R. et al. Mortality, CD4 Cell Decline, and Depressive Symptoms among HIV-Seropositive Women: Longitudinal Analysis from the Epidemiology Research Study. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 1466-74, 2001.

IDIGBE, E. O. et al. Management of HIV-1 infection with a combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine: a preliminary report on the Nigerian antiretroviral program. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 65-9, Sep. 2005.

JAYE, C.; HOPE, J.; MARTIN, I. R. M. What do general practice patients know about their prescription medications? *N. Z. Med. J.*, [S.l.], v. 115, p. U183, 2002.

JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da Aids. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 297-322.

JOHNSON, M. O. et al. Positive provider interactions, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral medications among HIV-infected adults: A mediation model. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 258-68, Apr. 2006.

JUSTICE, A. C. et al. Sensitivity, specificity, reliability, and clinical validity of provider-reported symptoms: a comparison with self-reported symptoms. Outcomes Committee of the AIDS Clinical Trials Group. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 21, p. 126-33, 1999.

KAËS, 1976 apud GIAMI, A.; VEIL, C. *Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças*. Canoas: Ed. Ulbra, 1997. 333 p.

KALICHMAN, S. C. et al. Adherence to antiretroviral therapy assessed by unannounced pill counts conducted by telephone. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 1003-6, Jul. 2007.

KALICHMAN, S. C. et al. Association between health literacy and HIV treatment adherence: further evidence from objectively measured medication adherence. *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, [S.l.], v. 7, n. 6, p. 317-23, Nov. 2008.

KAPADIA, F. et al. Impact of drug abuse treatment modalities on adherence to ART/HAART among a cohort of HIV seropositive women. *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse*, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 161-70, 2008.

KATHERINE, V. H. et al. Intentional Nonadherence Due to Adverse Symptoms Associated With Antiretroviral Therapy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 31, p. 211-17, 2002.

KIDDER, D. P. et al. Health status, health care use, medication use, and medication adherence among homeless and housed people living with HIV/AIDS. *Am. J. Public Health*, [S.l.], v. 97, n. 12, p. 2238-45, Dec. 2007.

KITAHATA, M. M. et al. Pharmacy-based assessment of adherence to HAART predicts virologic and immunologic treatment response and clinical progression to AIDS and death. *Int. J. STD AIDS*, [S.l.], v. 15, p. 803-10, 2004.

KITKUNGVAN, D. et al. Secure antiretroviral therapy delivery in a resource-limited setting: streamlined to minimize drug resistance and expense. *HIV Med.*, [S.l.], v. 9, n. 8, p. 636-41, Oct. 2008.

KLEEBERGER, C. A. et al. Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS*, [S.l.], v. 18, p. 683-88, 2004.

KLEIN, D. et al. Review of Medical Encounters in the 5 Years before a Diagnosis of HIV Infection: Implications for Early Detection. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 32, p. 143-52, 2003.

KNOBEL, H. et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. *HIV Med.*, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 364-9, Jul. 2009.

KNOBEL, H. et al. Simplified therapy with zidovudine, lamivudine, and abacavir for very nonadherent, treatment-failing patients. *HIV Clin. Trials*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 65-73, Mar. 2004.

KRENTZ, H. B. et al. The changing direct costs of medical care for patients with HIV/AIDS, 1995-2001. *CMAJ*, [S.l.], v. 169, p. 106-10, 2003.

KRENTZ, H. B.; AULD, M. C.; GILL, M. J. The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cels/ $\mu$ L) with HIV infection. *HIV Med.*, [S.l.], v. 5, p. 93-8, 2004.

KUYPER, L. M. et al. Gender differences in HIV-1 RNA rebound attributed to incomplete antiretroviral adherence among HIV-Infected patients in a population-based cohort. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 1470-6, Dec. 2004.

LANG, L. et al. HIV infected women: Treatment adherence. *AIDS*, [S.l.], v. 14, Suppl. 4, p. S55, 2000.

LAZO, M. et al. Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women. *Clin. Infect Dis.*, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 1377-85, Nov. 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005. 256 p.

LEOMBRUNI, P. et al. The role of anger in adherence to highly active antiretroviral treatment in patients infected with HIV. *Psychother Psychosom*, [S.l.], v. 78, n. 4, p. 254-7, 2009.

LEPRI, A. C. et al. When to start highly active antiretroviral therapy in chronically HIV-infected patients: evidence from the ICONA study. *AIDS*, [S.l.], v. 15, p. 983-90, 2001.

LESERMAN, J. et al. Stressful life events and adherence in HIV. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 403-11, May 2008.

LEVINE, A. J. et al. Variations in patterns of highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 355-62, Sep. 2005.

LIGNANI, L. J.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

LIMA, V. D. et al. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naive HIV-infected individuals. *AIDS*, [S.l.], v. 22, n. 17, p. 2371-80, Nov. 2008.

LIMA, V. D. et al. Increased resilience to the development of drug resistance with modern boosted protease inhibitor-based highly active antiretroviral therapy. *J. Infect Dis.*, [S.l.], v. 198, n. 1, p. 51-8, Jul. 2008.

LIMA, V. D. et al. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 50, n. 5, p. 529-36, Apr. 2009.

LIMA, V. D. et al. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS*, [S.l.], v. 21, n. 9, p. 1175-83, May 2007.

LIMA, V. et al. Migration adversely affects antiretroviral adherence in a population-based cohort of HIV/AIDS patients. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 68, n. 6, p. 1044-9, Mar. 2009.

LIU, H. et al. A comprehensive evaluation of survey questions for adherence to antiretroviral medications and exploratory analyses for identifying optimal sets of survey questions. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 20, n. 11, p. 760-72, Nov. 2006.

LOPEZ-BASTIDA, J. et al. Direct and indirect costs in ambulatory patients living with HIV/Aids in Spain. In: INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS ASSOCIATION WORLD CONGRESS, 5., 2005, Barcelona, Spain. *Proceedings...* Barcelona: UPF, 2005. p. 327.

LUCAS, G. M. et al. Adherence, drug use, and treatment failure in a methadone-clinic-based program of directly administered antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 21, n. 8, p. 564-74, Aug. 2007.

LUSZCZYNSKA, A.; SARKAR, Y.; KNOLL, N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ. Couns.*, [S.l.], v. 66, n. 1, p. 37-42, Apr. 2007.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1991.

MAGAFU, M. G. et al. Usefulness of Highly Active Antiretroviral Therapy on Health-Related Quality of Life of Adult Recipients in Tanzania. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], Jun. 2009.

MAGGIOLO, F. et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin. Infect. Dis.*, [S.I.], v. 40, n. 1, p. 158-63, Jan. 2005.

MAINIO, A. et al. Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *European Psychiatry*, [S.I.], v. 21, p. 194-199, 2006.

MAITLAND, D. et al. Switching from twice-daily abacavir and lamivudine to the once-daily fixed-dose combination tablet of abacavir and lamivudine improves patient adherence and satisfaction with therapy. *HIV Med.*, [S.I.], v. 9, n. 8, p. 667-72, Oct. 2008.

MAJ, M. Depressive Syndromes and Symptoms in Subjects with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, [S.I.], v. 30, p. 117-22, 1996.

MALEE, K. et al. The role of cognitive functioning in medication adherence of children and adolescents with HIV infection. *J. Pediatr. Psychol.*, [S.I.], v. 34, n. 2, p. 164-75, Mar. 2009.

MANEESRIWONGUL, W. L. et al. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.I.], v. 43, Suppl. 1, p. S119-S122, Dec. 2006.

MANNHEIMER, S. B. et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*, [S.I.], v. 17, n. 1, p. 10-22, Jan. 2005.

MANNHEIMER, S. et al. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clin. Infect. Dis.*, [S.I.], v. 34, p. 1115-21, 2002.

MANSOOR, L. E.; DOWSE, R. Medicines information and adherence in HIV/AIDS. *Patients J. Clin. Pharm. Ther.*, [S.I.], v. 31, n. 1, p. 7-15, 2006.

MARHEFKA, S. L. et al. Caregiver psychosocial characteristics and children's adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDS*, [S.I.], v. 20, n. 6, p. 429-37, Jun. 2006.

MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, [S.I.], v. 17, p. 1675-82, 2003.

MARKS, G. et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 39, p. 446-53, 2005.

MARTÍN-SÁNCHEZ, V. et al. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, [S.l.], v. 20, n. 10, p. 491-97, 2002.

MARWICK, C. MedGuide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription of drugs. *JAMA*, [S.l.], v. 277, p. 949-50, 1997.

MAUSKOPF, J. et al. HIV antiretroviral treatment: early versus later. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 39, p. 562-9, 2005.

MCDONNELL, K. A. et al. Measuring health-related quality of life among women living with HIV. *Quality of Life Research*, [S.l.], v. 9, p. 931-40, 2000.

MEADE, C. S. et al. Utilization of medical treatments and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults with histories of childhood sexual abuse. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 259-66, Apr. 2009.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 143-51, 2006.

MELLINI, L.; GODENZI, A.; DE PUY, J. *Le sida ne se dit pas*. Paris: L'Harmattan, 2004. 182 p.

MELLINS, C. A. et al. Adherence to antiretroviral treatment among pregnant and postpartum HIV-infected women. *AIDS Care*, [S.l.], v. 20, n. 8, p. 958-68, Sep. 2008.

MENEZES DE PÁDUA, C. A. et al. High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. *Braz. J. Med. Biol. Res.*, [S.l.], v. 39, p. 495-505, 2006.

MENEZES DE PÁDUA, C. A. et al. Self-reported adverse reactions among patients initiating antiretroviral therapy in Brazil. *Braz. J. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 11, p. 20-26, 2007.

MERENSTEIN, D. et al. Association of child care burden and household composition with adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 289-96, Apr. 2009.



MERENSTEIN, D. J. et al. Association between living with children and adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. *Pediatrics*, [S.l.], v. 121, n. 4, p. e787-e793, Apr. 2008.

METHA, S.; MOORE, R. D.; GRAHAM, N. M. H. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, [S.l.], v. 11, p. 1665-70, 1997.

MILAM, J. et al. Effect of a brief antiretroviral adherence intervention delivered by HIV care providers. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 356-63, Nov. 2005.

MILLER, L. G. et al. Knowledge of antiretroviral regimen dosing and adherence: a longitudinal study. *Clin. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 36, p. 514-8, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.

MOCROFT, A. et al. Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *Aids*, [S.l.], v. 15, p. 185-94, 2001.

MOHAMMED, H. et al. Adherence to HAART among HIV-infected persons in rural Louisiana. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 289-96, May 2004.

MOLASSIOTIS, A. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *Int. J. STD AIDS*, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 301-10, May 2002.

MOORE, D. M. et al. Discordant immunologic and virologic responses to highly active antiretroviral therapy are associated with increased mortality and poor adherence to therapy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 288-93, Nov. 2005.

MOORE, D. M. et al. Regimen-dependent variations in adherence to therapy and virological suppression in patients initiating protease inhibitor-based highly active antiretroviral therapy. *HIV Med.*, [S.l.], v. 7, n. 5, p. 311-6, Jul. 2006.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigação em psicologia social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

MRUS, J. M. et al. Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, [S.l.], v. 14, p. 479-91, 2005.

MUGAVERO, M. et al. Barriers to antiretroviral adherence: the importance of depression, abuse, and other traumatic events. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 418-28, Jun. 2006.

MURPHY, D. A. et al. Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 471-84, May 2004.

NACHEGA, J. B. et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 43, p. 78-84, 2006.

NACHEGA, J. B. et al. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Soweto, South Africa. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, [S.l.], v. 20, n. 10, p. 1053-6, Oct. 2004.

NACHEGA, J. B. et al. Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. *Ann. Intern. Med.*, [S.l.], v. 146, n. 8, p. 564-73, Apr. 2007.

NACHEGA, J. B. et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 65-71, May 2009.

NASCIMENTO, D. R. do. Doença e estigma. *Hist. Cienc. Saude Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 235-38, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 nov. 2004.

NEMES, M. I. B. *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 172 p.

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

NEMES, M. I. B.; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M. F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*, v. 18, Suppl. 3, p. S15-S20, 2004.

NUNN, A. et al. AIDS Treatment in Brazil: Impacts and Challenges. *Health Affairs*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 1103-13, 2009.

OH, D. L. et al. Evaluation of Adherence and Factors Affecting Adherence to Combination Antiretroviral Therapy Among White, Hispanic, and Black Men in the MACS Cohort. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], Jun. 2009.

OLTRAMARI, L. C. *Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil*. 2003. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br>>. Acesso em: 6 abr. 2004.

ORDÓÑEZ SOTO, A. S. et al. Utilidad de la información sobre medicamentos antirretrovirales: la opinión del paciente. *Farm. Hosp.*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 250-3, 1996.

OYUGI, J. H. et al. Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 36, p. 1100-02, 2004.

PAASCHE-ORLOW, M. K. et al. Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 21, n. 8, p. 835-40, Aug. 2006.

PALELLA, F. J. et al. Declining Morbidity and Mortality among patients with advanced immunodeficiency virus infection. *NEJM*, [S.l.], v. 338, p. 853-60, Mar. 1998.

PALELLA, F. J. et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-Infected Persons in Different CD4+ Cell Strata. *Ann. of Intern. Med.*, [S.l.], v. 138, p. 620-27, 2003.

PALEPU, A. et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug. Alcohol. Depend.*, [S.l.], v. 84, n. 2, p. 188-94, Sep. 2006.

PALEPU, A. et al. Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes. *Antivir. Ther.*, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 713-9 Oct. 2004.

PALEPU, A. et al. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction.*, [S.l.], v. 99, n. 3, p. 361-8, Mar. 2004.

PARRUTI, G. et al. Long-term adherence to first-line highly active antiretroviral therapy in a hospital-based cohort: predictors and impact on virologic response and relapse. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 48-56, Jan. 2006.

PASCOM, A. R. P. Teste Anti-HIV. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Pesquisa com população sexualmente ativa. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B0F93F5F0-79BD-4CAC-97D2-10D760514F13%7D/testagem.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2008.

PATERSON, D. L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, [S.l.], v. 133, n. 1, p. 21-30, Jul. 2000.

PATTON, M. Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage, 1987.

PENZAK, S. R.; REDDY, Y. S.; GRIMSLEY, S. R. Depression in Patients with HIV Infection. *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, [S.l.], v. 57, p. 376-86, 2000.

PERETTI-WATEL, P. et al. Vulnerability, unsafe sex and non-adherence to HAART: evidence from a large sample of French HIV/AIDS outpatients. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 62, n. 10, p. 2420-33, May 2006.

PEREZ, R. I. et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual. Life Res.*, [S.l.], v. 14, n. 5, p. 1301-10, 2005.

PERKINS, D. O. et al. Mood Disorders in HIV Infection: Prevalence and Risk Factors in a Nonpccenter of the Aids Epidemic. *Am. J. Psychiatry*, [S.l.], v. 151, p. 233-36, 1994.

PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [S.l.], v. 48, p. 237-41, 2002.

PIRKLE, C. M. et al. Impact of a modified directly administered antiretroviral treatment intervention on virological outcome in HIV-infected patients treated in Burkina Faso and Mali. *HIV Med.*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 152-6, Mar. 2002.

PLANKEY, M. et al. Self-Perception of Body Fat Changes and HAART Adherence in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 53-9, Feb. 2009.

PODZAMCZER, D. et al. Estudo combine: a randomized clinical trial comparing nelfinavir or nevirapine associated to zidovudine/lamivudine in HIV-infected naïve patients (The combine study). *Antiviral Ther.*, [S.l.], v. 7, p. 81-90, 2002.

POPAY, J. Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. *Gaceta Sanitária*, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 58-63, 2003.

POPPA, A. et al. British HIV Association (BHIVA)/British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy (2003). *HIV Med.*, [S.l.], v. 5, Suppl. 2, p. 46-60, 2004.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. 7. ed. rev. ampl. [S.l.]: Revinter, 2003. Parte I, p. 3-18.

RAMADHANI, H. O. et al. Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. *Clin. Infect Dis.*, [S.l.], v. 45, n. 11, p. 1492-8, Dec. 2007.

REIF, S.; GOLIN, C. E.; SMITH, S. R. Barriers to accessing HIV/AIDS care in North Carolina: rural and urban differences. *AIDS Care*, [S.l.], v. 17, p. 558-63, 2005.

REMIEN, R. H. et al. Adherence to antiretroviral therapy in a context of universal access, in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 740-48, Jul. 2007.

REYNOLDS, N. R. et al. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 141-50, 2004.

RINTAMAKI, L. S. et al. Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 359-68, May 2006.

ROCA, B.; LAPUEBLA, C.; VIDAL-TEGEDOR, B. Haart with didanosine once versus twice daily: adherence and efficacy. *Int. J. Infect Dis.*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 195-200, Jul. 2005.

ROCHA, F. M. G. *Política de controle ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Disponível em: <<http://www.portalteses.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 25 maio 2005.

ROCHA, G. M. et al. Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], 2010. In press.

ROCKSTROH, J. et al. Adherence to enfuvirtide and its impact on treatment efficacy. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 141-8, Feb. 2008.

RODRIGUES, C. S. et al. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 37, p. 183-90, 2003.

ROUX, P. et al. The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. *Addiction*, [S.l.], v. 103, n. 11, p. 1828-36, Nov. 2008.

RUIZ-PÉREZ, I. et al. Clinical status, adherence to HAART and quality of life in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, [S.l.], v. 23, n. 10, p. 581-5, Dec. 2005.

RUIZ-PÉREZ, I. et al. Impact of demographic and psychosocial factors on adherence to antiretroviral treatment. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 373-8, Jun. 2006.

SAMET, J. H. et al. Alcohol consumption and antiretroviral adherence among HIV-infected persons with alcohol problems. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 572-7, Apr. 2004.

SAMET, J. H. et al. Understanding delay to medical care for HIV infection: the long-term non-presenter. *AIDS*, [S.l.], v. 15, p. 77-85, 2001.

SAN LIO, M. M. et al. Evaluating adherence to highly active antiretroviral therapy with use of pill counts and viral load measurement in the drug resources enhancement against AIDS and malnutrition program in Mozambique. *Clin. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 46, n. 10, p. 1609-16, May 2008.

SANTOS, J. et al. Simplicity and efficacy of a once-daily antiretroviral regimen with didanosine, lamivudine, and efavirenz in naive patients: the VESD study. *HIV Clin. Trials*, [S.l.], v. 6, n. 6, p. 320-8, Nov. 2005.

SARNA, A. et al. Adherence to antiretroviral therapy & its determinants amongst HIV patients in India. *Indian J. Med. Res.*, [S.l.], v. 127, n. 1, p. 28-36, Jan. 2008.

SCHACKMAN, B. R. et al. Cost-effectiveness implications of the timing of antiretroviral therapy in HIV-infected adults. *Arch. Intern. Med.*, [S.l.], v. 162, p. 2478-86, 2002.

SCHNEIDER, J. et al. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 1096-103, Nov. 2004.

SCHONNESSON, L. N. et al. Baseline predictors of three types of antiretroviral therapy (ART) adherence: A 2-year follow-up. *AIDS Care*, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 406-14, May 2006.

SCHONNESSON, L. N. et al. Factors associated with suboptimal antiretroviral therapy adherence to dose, schedule, and dietary instructions. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 175-83, Mar. 2007.

SEGUY, N. et al. Evaluation of the consistency of refills for antiretroviral medications in two hospitals in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 617-25, May 2007.

SENDI, P. et al. Highly active antiretroviral therapy: pharmacoeconomic issues in the management of HIV infection. *Pharmacoeconomics*, [S.l.], v. 19, p. 709-13, 2001.

SERVELLEN, G. et al. Differential Predictors of Emotional Distress in HIV-Infected Men and Women. *Western Journal of Nursing Research*, [S.l.], v. 24, p. 49-72, 2002.

SERVELLEN, G. V. et al. Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low-income HIV-positive Spanish-speaking Latinos. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 745-59, Nov. 2005a.

SERVELLEN, G. V.; LOMBARDI, E. Supportive relationships and medication adherence in HIV-infected, low-income Latinos. *West J. Nurs. Res.*, [S.l.], v. 27, n. 8, p. 1023-39, Dec. 2005b.

SHAH, B. et al. Adherence to antiretroviral therapy and virologic suppression among HIV-infected persons receiving care in private clinics in Mumbai, India. *Clin. Infect Dis.*, [S.l.], v. 44, n. 9, p. 1235-44, May 2007.

SHARMA, M. et al. Access, adherence, quality and impact of ARV provision to current and ex-injecting drug users in Manipur (India): an initial assessment. *Int. J. Drug. Policy*, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 319-25, Aug. 2007.

SHARPE TT, Lee L. M. et al. Crack cocaine use and adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected black women. *J. Community Health*, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 117-27, Apr. 2004.

SHERR, L. et al. Adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV in the UK: a study of complexity. *AIDS Care*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 442-8, Apr. 2008.

SHIN, S. et al. Psychosocial impact of poverty on antiretroviral nonadherence among HIV-TB coinfecting patients in Lima, Peru. *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 74-81, Mar. 2008.

SHUTER, J.; BERNSTEIN, S. L. Cigarette smoking is an independent predictor of nonadherence in HIV-infected individuals receiving highly active antiretroviral therapy. *Nicotine Tob. Res.*, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 731-6, Apr. 2008.

SILVA, M. C. et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, [S.l.], v. 51, n. 3, p. 135-9, May 2009.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; SOTERO, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 16, p. 449-55, 2000.

SILVA, W. A. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids entre jogadores juniores. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 maio 2004.

SIMONI, J. M. et al. Self-Report Measures of Antiretroviral Therapy Adherence: A Review with Recommendations for HIV Research and Clinical Management. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 10, p. 227-45, 2006.



SINGH, N. et al. Determinants of compliance therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *Aids Care*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 261-69, 1996.

SLEDJESKI, E. M.; DELAHANTY, D. L.; BOGART, L. M. Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 19, n. 11, p. 728-36, Nov. 2005.

SODERGARD, B. et al. Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *J. Clin. Pharm. Ther.*, [S.l.], v. 31, n. 6, p. 605-16, Dec. 2006.

SOUZA JUNIOR, P. R. B.; SZWARTWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. *Clinics*, [S.l.], v. 62, p. 579-64, 2007.

SPACEK, L. A. et al. Response to antiretroviral therapy in HIV-infected patients attending a public, urban clinic in Kampala, Uganda. *Clin. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 252-9, Jan. 2006.

SPIRE, B. et al. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV – infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science & Medicine*, [S.l.], v. 54, n. 10, p. 1481-96, 2002.

STÖHR, W. et al. CD4 cell count and initiation of antiretroviral therapy: trends in seven UK centres, 1997-2003. *HIV Med.*, [S.l.], v. 8, p. 135-41, 2007.

STONE, V. E. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: lessons from research and clinical practice. *Clin. Inf. Dis.*, [S.l.], v. 33, p. 865-72, 2001.

STOUT, B. D.; LEON, M. P.; NICCOLAI, L. M. Nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive patients in Costa Rica. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 297-304, May 2004.

STRAKA, R. J. et al. Patient self-reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: An evaluation using isosoride dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy*, [S.l.], v. 17, p. 126-32, 1997.

SUÁREZ, I. M. et al. Calidad de Vida, Aspectos Psicológicos y Sociales en Pacientes con Infección VIH Avanzada. *Anales de Medicina Interna*, [S.l.], v. 19, p. 396-404, 2002.

SUPAKANKUNTI, S.; TSUNEKAWA, K.; PHETNOI, W. Costing of the national access to antiretroviral program for people living with HIV and AIDS in Thailand. In: INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS ASSOCIATION WORLD CONGRESS, 5., 2005, Barcelona, Spain. *Proceedings...* Barcelona: UPF, 2005. p. 217.

TAILOR, S. A. N. et al. The role of the pharmacist caring for people living with HIV/AIDS: a Canadian position paper. *Can. J. Hosp. Pharm.*, [S.l.], v. 53, n. 2, p. 92-103, 2000.

TAYLOR-CASTILLO, L. et al. Study of antiretroviral mutants in HIV patients with treatment failures and the effect of risk factors in the virological failures. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo*, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 327-31, 2005.

TEIXEIRA, P. R.; VITÓRIA, M. A.; BARCAROLO, J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. *AIDS*, [S.l.], v. 18, Suppl. 3, p. S5-S7, 2004.

THE UNITED STATES OF AMERICA (USA). Department of Health and Human Services Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. [S.l.], 2008. p. 1-128.

THE WHOQOL GROUP. The development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med.*, [S.l.], v. 28, p. 551-8, 1998.

THEALL, K. P. et al. Alcohol consumption, ART usage and high-risk sex among women infected with HIV. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 205-15, Mar. 2007.

THRASHER, A. D. et al. Discrimination, distrust, and racial/ethnic disparities in antiretroviral therapy adherence among a national sample of HIV-infected patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 84-93, Sep. 2008.

TOSTES, M. A.; CHALUB, M.; BOTEAGA, N. J. The Quality of Life of HIV-Infected Women is Associated with Psychiatric mMorbidity. *AIDS Care*, [S.l.], v. 16, p. 177-86, 2004.

TRAMARIN, A. et al. A multicentre study of patient survival, disability, quality of life and cost of care: among patients with AIDS in northern Italy. *PharmacoEconomics*, [S.l.], v. 22, p. 43-53, 2004.

TRONCA, I. *As máscaras do medo: leprais*. São Paulo, Editora da Unicamp, 2000. 150 p.

TUCKER, J. S. et al. Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychol.*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 363-70, Jul. 2004.

TUCKER, J. S. et al. Substance Use and Mental Health Correlates of Nonadherence to Antiretroviral Medications in a Sample of Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Am. J. Med.*, [S.l.], v. 114, p. 573-80, 2003.

TURNER, B. J. et al. Relationship of Gender, Depression, and Health Care Delivery with Antiretroviral Adherence in HIV-Infected Drug uUsers. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 18, p. 248-57, 2003.

UBBIALI, A. et al. Prediction of adherence to antiretroviral therapy: can patients' gender play some role? An Italian pilot study. *AIDS Care*, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 571-5, May 2008.

UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. *Report on the global Aids epidemic 2006*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006\\_GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006_GlobalReport/default.asp)>. Acesso em: 17 ago. 2007.

UNGE, C. et al. Challenges for scaling up ART in a resource-limited setting: a retrospective study in Kibera, Kenya. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 397-402, Apr. 2009.

UPHOLD, C. R.; MKANTA, W. N. Use of health care services among persons living with HIV infection: State of the science and future directions. *AIDS Patient Care and STDs*, [S.l.], v. 19, p. 473-85, 2005.

UZOCHUKWU, B. S. et al. Determinants of non-adherence to subsidized anti-retroviral treatment in southeast Nigeria. *Health Policy Plan.*, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 189-96, May 2009.

VALENTI, W. M. Treatment adherence improves outcomes and manages costs. *AIDS Read*, [S.l.], v. 11, p. 77-80, 2001.

VAN LEEUWEN, R. et al. Estudo atlantic: a randomized trial to study first-line combination therapy with or without a protease inhibitor in HIV-1-infected patients. *AIDS*, [S.l.], v. 17, p. 987-99, 2003.

VEINOT, T. C. et al. "Supposed to make you better but it doesn't really": HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment. *J. Adolesc. Health*, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 261-7, 2006.

VERDUGO, R. M. et al. An analysis of causes for the discontinuation of a simplified antiretroviral regimen with abacavir, lamivudine and zidovudine. *Farm. Hosp.*, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 164-70, May 2005.

VILLES, V. et al. The effect of depressive symptoms at ART initiation on HIV clinical progression and mortality: implications in clinical practice. *Antivir. Ther.*, [S.l.], v. 12, n. 7, p. 1067-74, 2007.

VYAVAHARKAR, M. et al. Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the southeastern United States. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 21, n. 9, p. 667-80, Sep. 2007.

WAGNER, G. J.; GHOSH-DASTIDAR, B. Electronic monitoring: adherence assessment or intervention? *HIV Clin. Trials*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 45-51, 2002.

WAITE, K. R. et al. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 23, n. 9, p. 1367-72, Sep. 2008.

WALDROP-VALVERDE, D. et al. Neurocognitive aspects of medication adherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 287-97, May 2006.

WALDROP-VALVERDE, D.; VALVERDE, E. Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 326-34, May 2005.

WALKUP, J. et al. Psychiatric diagnosis and antiretroviral adherence among adolescent Medicaid beneficiaries diagnosed with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.*, [S.l.], v. 197, n. 5, p. 354-61, May 2009.

WALLACE, M. R. et al. The changing economics of HIV care. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 15, p. 25-9, 2001.

WALSH, J. C.; SHERR, L.; ADHERENCE STRATEGY GROUP. An assessment of current HIV treatment adherence services in the UK. *AIDS Care*, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 329-34, 2002.

WANCHU, A. et al. Adherence to generic reverse transcriptase inhibitor-based antiretroviral medication at a Tertiary Center in North India. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 99-102, Jan. 2007.

WANG, H. et al. Self-Reported adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected people in Central China. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 71-80, Jan. 2008.

WANG, X.; WU, Z. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS*, [S.l.], v. 21, Suppl. 8, p. S149-S155, Dec. 2007.

WATT, M. H. et al. "It's all the time in my mind": facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 68, n. 10, p. 1793-800, May 2009.

WEIDLE, P. J. et al. Adherence to antiretroviral medications in an inner-city population. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 22, p. 498-502, 1999.

WEISER, S. D. et al. Food insecurity is associated with incomplete HIV RNA suppression among homeless and marginally housed HIV-infected individuals in San Francisco. *J. Gen. Intern. Med.*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 14-20, Jan. 2009.

WIEDERHOLT, J. B.; CLARRIDGE, B. R.; SVARSTAD, B. L. Verbal consultation regarding prescription drugs: findings from a statewide study. *Med. Care*, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 159-61, 1992.

WIENER, L. et al. Assessing medication adherence in adolescents with HIV when electronic monitoring is not feasible. *AIDS Patient Care STDS*, [S.l.], v. 18, n. 9, p. 527-38, Sep. 2004.

WILLARD, S. Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. *J. Assoc. Nurses AIDS Care*, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 16-26, Mar. 2006.

WILLIAMS, A. B. Adherence to HIV regimens: 10 vital lessons. *Am. J. of Nursing*, [S.l.], v. 101, n. 6, p. 37-43, 2001.

WILLIAMS, P. L. et al. Predictors of adherence to antiretroviral medications in children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*, [S.l.], v. 118, n. 6, p. e1745-e1757, Dec. 2006.

WOLF, M. S. et al. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ. Couns.*, [S.l.], v. 65, n. 2, p. 253-60, Feb. 2007.

WOLF, M. S. et al. Relation between literacy and HIV treatment knowledge among patients on HAART regimens. *AIDS Care*, [S.l.], v. 17, n. 7, p. 863-73, Oct. 2005.

WOOD, E. et al. Impact of baseline viral load and adherence on survival of HIV-infected adults with baseline CD4 cell counts  $\geq$  200 cells/microl. *AIDS*, [S.l.], v. 20, n. 8, p. 1117-23, May 2006.

WOOD, E. et al. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 261-8, Mar. 2004.

WOODS, S. P. et al. Timing is everything: antiretroviral nonadherence is associated with impairment in time-based prospective memory. *J. Int. Neuropsychol Soc.*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 42-52, Jan. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long-term therapies*. Evidence for action. Geneva, 2003.

WU, A. Report from Buenos Aires: Lessons on Adherence. *The Hopkins HIV Report*, [S.l.], v. 13, p. 9-11, 2001.

YASDANPANAH, Y. Costes associated with combination antiretroviral therapy in HIV infected patients. *J. Antimicrob. Chemother*, [S.l.], v. 53, p. 558-61, 2004.

YOKAICHIYA, C. M.; FIGUEIREDO, W. S. F.; SCHRAIBER, L. B. Usuários de drogas injetáveis e terapia anti-retroviral: percepções das equipes de farmácia. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 41, Supl. 2, p. 14-21, 2007.

YOUSSEF, F. Adherence to therapy in psychiatric patients: an empirical investigation. *International Journal Nurse Studies*, [S.l.], v. 21, p. 51-57, 1984.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. Scand.*, [S.l.], v. 67, p. 370-6, 1983.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*, [S.l.], v. 19, n. 7, p. 923-30, 2007.



|  |     |
|--|-----|
| Anexo A – Projeto ATAR: questionário de verificação dos critérios de elegibilidade .....             | 225 |
| Anexo B – Projeto ATAR: questionários de controle .....  | 235 |
| Anexo C – Projeto ATAR: entrevista basal .....   | 239 |
| Anexo D – Questionário da escala de ansiedade e depressão HAD e<br>de qualidade de vida WHOQOL ..... | 285 |
| Anexo E – Projeto ATAR: questionário da entrevista de acompanhamento.....                            | 297 |
| Anexo F – Projeto ATAR: registro diário de medicamento .....   | 333 |
| Anexo G – Formulário para coleta de dados de dispensação de antirretrovirais.....                    | 351 |
| Anexo H – Projeto ATAR: formulário para coleta de dados de fonte secundária.....                     | 359 |
| Anexo I – Projeto ATAR: formulário para transcrição da planilha de exames laboratoriais.....         | 387 |
| Anexo J – Projeto ATAR: roteiros grupo focal e entrevista em profundidade .....                      | 395 |
| Anexo K - Projeto ATAR: produção científica .....  | 399 |





## **ANEXO A**

### **PROJETO ATAR: QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**



*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Ordem*

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Identificação*

**“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**CADASTRO INICIAL**

**INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR**

**INTRODUÇÃO:**  
*Entrevistador(a), fale ao participante sobre a pesquisa.  
 Inicie a verificação dos critérios de elegibilidade do estudo.*

|  |  |
|--|--|
| <b>1.0. Número de Identificação da Pesquisa (IDENT.):</b><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</div>  | <div style="margin-top: 20px;">_ _ _</div>   |
| <b>1.1. Número de ORDEM:</b> _____<br>NA = 888<br><br><b>1.2. Local da Pesquisa:</b><br><div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Ambulatório Orestes Diniz.....</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Ambulatório do HEM.....</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">2</div> </div><br><b>1.3. Número do Prontuário deste local:</b> _____   | <div style="margin-top: 20px;">_ _ _</div> <div style="margin-top: 20px;">_</div> <div style="margin-top: 20px;">_ _ _ _ _</div> |
| <b>1.4. Qual é a sua idade completa (em anos)?</b><br><div style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ IGN = 99</div><br><br><b>1.5. Sexo (Observação):</b><br><div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Masculino.....</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">Feminino.....</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">2</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">IGN.....</div> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">9</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;">         SE MASCULINO, PASSAR PARA 1.6.       </div> <div style="margin-top: 20px;">SE FEMININO, CONTINUAR EM A:</div> | <div style="margin-top: 20px;">_ _</div> <div style="margin-top: 20px;">_</div>  |

**A. Você está grávida?**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR SEMANA DE GESTAÇÃO:

 NA = 88      IGN = 99
 *Entrevistador(a):*

*As próximas questões são sobre os critérios de inclusão/exclusão no estudo. Para participar, o(a) entrevistado(a) deve preencher **todos** os critérios.*

**1.6. Gostaria que me dissesse, se você irá tomar os medicamentos antirretrovirais, para tratamento do HIV/aids, pela primeira vez em sua vida?**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

*O critério de inclusão é **SIM**.*

**Neste momento, verificar ainda se o(a) participante não está em uso de quimioprofilaxia devido a acidente de trabalho - profissional da área da saúde: se SIM, ele(a) deverá ser excluído(a) da pesquisa.**

1.7. O(a) participante tem idade igual ou maior que 18 anos:

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

*O critério de inclusão é **SIM**.*

1.8. O(a) participante tem autonomia mínima necessária para compreender e apreender o uso da terapia com antirretrovirais e fazer a administração dos medicamentos por si próprio(a):

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

*O critério de inclusão é **SIM**.*

SE SIM, PASSAR PARA 1.9.

SE NÃO OU IGN, CONTINUAR EM A:

A. Você irá acompanhar o(a) paciente e será responsável pelo seu tratamento com os medicamentos antirretrovirais? (pergunta ao(a) acompanhante):

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

*O critério de inclusão é **SIM**.*

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.9.

SE SIM, CONTINUAR EM B:

**B. Em relação ao(a) “participante” você é:**  
(Perguntar ao(a) acompanhante)

|                        |   |
|------------------------|---|
| Amigo(a).....          | 1 |
| Parceiro(a).....       | 2 |
| Parente.....           | 3 |
| Outro Responsável..... | 4 |
| NA.....                | 8 |
| IGN.....               | 9 |

SE PARENTE, ESPECIFICAR QUEM:

---

|        |         |
|--------|---------|
| NA = 8 | IGN = 9 |
|--------|---------|

SE OUTRO RESPONSÁVEL, ESPECIFICAR:

---

|        |         |
|--------|---------|
| NA = 8 | IGN = 9 |
|--------|---------|

**1.9. O(a) participante preencheu todos os critérios de inclusão no estudo:**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, ENCERRAR A PARTICIPAÇÃO E  
AGRADECER A COLABORAÇÃO.  
(ENTREGAR VALE-TRANSPORTE)

SE SIM, CONTINUAR EM 1.10.



IDENT.:

**1.10.** O(a) entrevistado(a) e/ou o responsável aceitaram participar do estudo:

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, PASSAR PARA 1.11.

SE NÃO, CONTINUAR EM A:

**A.** Especificar o(s) motivo(s) da não participação do(a) entrevistado(a) ou do(a) responsável:

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Falta de tempo.....                 | 02 |
| Problemas de confidencialidade..... | 04 |
| Outro(s) motivo(s).....             | 08 |
| NQI.....                            | 16 |
| NA.....                             | 88 |
| IGN.....                            | 99 |

SE OUTRO(S), ESPECIFICAR:

NA = 88

IGN = 99

*Entrevistador(a):*

*Para aquele(a) que não deseja participar, a entrevista se encerra com o cadastro.*

*Agradeça pelo seu preenchimento.*

*(Entregar vale-transporte)*

**1.11.** O(a) entrevistado(a) e/ou o responsável estão com algum impedimento temporário e não podem ser entrevistados nesta primeira visita?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR A RAZÃO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NA = 88

IGN = 99

*Se sim, remarcar a 1a visita.  
 Entregar cartão.  
 Entregar vale-transporte.*

SE NÃO OU IGN, CONTINUAR EM A:

**A.** O participante está presente?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE NÃO, ESPECIFICAR MOTIVO:

\_\_\_\_\_

NA = 88

IGN = 99



## ANEXO B

### PROJETO ATAR: QUESTIONÁRIOS DE CONTROLE

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Ordem*

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Identificação*

**“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**CONTROLES DE AGENDAMENTO**

**INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR**

| ANEXO 1 - CONTROLE DE AGENDAMENTO (1a, 2a, 3a e 4a VISITAS) |            |                            |                                |
|---|------------|----------------------------|--------------------------------|
| PROJETO ATAR  |            | <div>Número de Ordem</div> | <div>No de Identificação</div> |
| PRIMEIRA (1a) VISITA - ENTREVISTA DE ENTRADA                |            |                            |                                |
| DATA  | COMPARECEU | LEMRADO                    | CONDUTA                        |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
| OBSERVAÇÕES/MOTIVO(S) DE NÃO COMPARECIMENTO:                |            |                            |                                |
| SEGUNDA (2a) VISITA - RETORNO 1                             |            |                            |                                |
| DATA  | COMPARECEU | LEMRADO                    | CONDUTA                        |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
| OBSERVAÇÕES/MOTIVO(S) DE NÃO COMPARECIMENTO:                |            |                            |                                |
| TERCEIRA (3a) VISITA - RETORNO 2                            |            |                            |                                |
| DATA  | COMPARECEU | LEMRADO                    | CONDUTA                        |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
| OBSERVAÇÕES/MOTIVO(S) DE NÃO COMPARECIMENTO:                |            |                            |                                |
| QUARTA (4a) VISITA - RETORNO 3                              |            |                            |                                |
| DATA  | COMPARECEU | LEMRADO                    | CONDUTA                        |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
|   |            |                            |                                |
| OBSERVAÇÕES/MOTIVO(S) DE NÃO COMPARECIMENTO:                |            |                            |                                |

ORDEM:

IDENT.:

**ANEXO 3.0. - DATAS DA PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E INÍCIO DOS ARV**

3.1. Data da Prescrição dos ARV:  /  /   
 NA= [ ] IGN= [ ]                      Dia      Mês      Ano                     

3.2. Data da Dispensação dos ARV:  /  /   
 NA= [ ] IGN= [ ]                      Dia      Mês      Ano                     

3.3. Em relação ao início do uso dos ARV, você diria que iniciou em que momento após a dispensação dos mesmos?

- |  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| Imediatamente (mesmo dia ou após 1 dia)..... | 1 |                      |
| Após uma semana.....                         | 2 |                      |
| Após duas semanas.....                       | 3 |                      |
| Após três semanas.....                       | 4 | <input type="text"/> |
| Após quatro semanas.....                     | 5 |                      |
| Em outra data.....                           | 6 |                      |
| NA.....                                      | 8 |                      |
| IGN.....                                     | 9 |                      |

SE OUTRA DATA, ESPECIFICAR;

\_\_\_\_\_ NA = [ ] IGN = [ ]

3.4. Você se lembra da data que iniciou?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NA = [ ] IGN = [ ]                     

*Se houve diferença entre a data de dispensação e o início do uso dos ARV, perguntar qual o motivo - questão 3.5.*

3.5. Qual o motivo de você ter começado a tomar os ARV em data diferente da retirada dos mesmos na farmácia?

\_\_\_\_\_ NA = [ ] IGN = [ ]

3.6. Entrevistador(a): \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### PROJETO **ATAR:** ENTREVISTA BASAL



*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Ordem*

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Identificação*

**“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**ENTREVISTA BASAL**

**INSTITUIÇÕES:**  
UFMG / HEM / CTR

**INTRODUÇÃO:**

*Entrevistador(a), fale ao(a) participante sobre a primeira parte da entrevista.  
Inicie a entrevista de entrada pela questão 1.4.*

| <b>PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>1.0. Número de Identificação da Pesquisa (IDENT.):</b><br><br>_____  | <br><br>□ □ □           |
| <b>1.1. Número de ORDEM:</b> _____  | <br>□ □ □               |
| <b>1.2. Local da Pesquisa:</b><br>Ambulatório Orestes Diniz..... 1<br>Ambulatório do HEM..... 2   | <br>□                   |
| <b>1.3. Número do Prontuário deste local:</b> _____   | <br>□ □ □ □ □           |
| <b>1.4. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento (do seu aniversário)?</b><br><br>_____/_____/_____<br>Dia      Mês      Ano (4 dígitos) | <br><br>□ □ □ □ □ □ □ □ |
| <b>1.5. Qual é a sua idade completa (em anos)?</b> _____  | <br>□ □                 |
| <b>1.6. Sexo (Observação):</b><br>Masculino..... 1<br>Feminino..... 2<br>IGN..... 9   | <br>□                   |
| <b>1.7. Cor da pele (Observação):</b><br>Branca..... 1<br>Preta..... 2<br>Outra..... 3<br>IGN..... 9                                    | <br>□                   |

IDENT.:   

1.8. Em relação ao seu estado civil, você é:

|  |   |
|--|---|
| Solteiro(a).....                       | 1 |
| Casado(a).....                         | 2 |
| Desquitado/Divorciado/Separado(a)..... | 3 |
| Viúvo(a).....                          | 4 |
| "União".....                           | 5 |
| IGN.....                               | 9 |

1.9. Anotar o município/estado onde o(a) participante mora atualmente - **Preencher após encerrar a entrevista.**

|                            |
|----------------------------|
| _____ / _____              |
| Município Estado           |
| NA = 8888888 IGN = 9999999 |

SE BELO HORIZONTE, ANOTAR CÓDIGO:

|                          |
|--------------------------|
| LOGRADOURO: _____        |
| NA = 888888 IGN = 999999 |

|                        |
|------------------------|
| COMPLEMENTO: _____     |
| NA = 88888 IGN = 99999 |

**Preencher após encerrar a entrevista.**

1.10. Há quanto tempo você mora "na cidade atual" (colocar a cidade onde o(a) paciente mora)?

Especificar: \_\_\_\_\_ (dois dígitos)

IGN = 99

|            |   |
|------------|---|
| Dias.....  | 1 |
| Meses..... | 2 |
| Anos.....  | 3 |
| IGN.....   | 9 |

1.11. Você sabe ler e escrever?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |



IDENT.:

**B.** Qual é(era) a sua principal ocupação nesse trabalho?

\_\_\_\_\_  
NA= 8888

\_\_\_\_\_  
IGN= 9999

**C.** Em média, quantas horas você trabalha(va) por dia?

\_\_\_\_\_  
NA= 88

\_\_\_\_\_  
IGN= 99

**D.** Em média, quantos dias você trabalha(va) na semana?

\_\_\_\_\_  
NA= 8

\_\_\_\_\_  
IGN= 9

**E.** O seu horário de trabalho é(era) fixo?

Sim..... 1

Não..... 2

NA..... 8

IGN..... 9

**F.** Você teve renda no último mês?

Sim..... 1

Não..... 2

IGN..... 9

SE **SIM**, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ reais

NA= 88888    IGN= 99999

SE **NÃO**, PERGUNTAR:

**F.1.** Porque você não teve renda neste último mês?

Pediu demissão..... 1

Foi demitido..... 2

Afastado por doença..... 3

Outro motivo..... 4

NA..... 8

IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_  
[ ] NA    [ ] IGN

IDENT.:   **1.14.** Antes dos 6 meses, você já teve algum trabalho que gerava renda (remuneração)?

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, PASSAR PARA 1.15.

SE NÃO, CONTINUAR EM A:

**A.** Porque você deixou de trabalhar?

Pediu demissão..... 1  
Foi demitido..... 2  
Afastado por doença..... 3  
Outro Motivo..... 4  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE OUTRO, ESPECIFICAR:

---

☐ NA      ☐ IGN**B.** Há quanto tempo você deixou de trabalhar?

Especificar: \_\_\_\_\_ (dois dígitos)  
NA = 88      IGN = 99

Dias..... 1  
Meses..... 2  
Anos..... 3  
NA..... 8  
IGN..... 9

IDENT.:

**1.15.** Agora pensando além de você. Houve renda familiar no último mês (rendimento seu e das pessoas que moram com você)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ reais  
 NA= 88888 IGN= 99999

**1.16.** Quantas pessoas contribuíram para a renda familiar neste último mês?

\_\_\_\_\_ pessoas  
 NA= 88 IGN= 99

**1.17.** Em relação à sua residência. Você mora em:

Casa..... 1  
 Apartamento..... 2  
 Barraco..... 3  
 Quarto..... 4  
 Outra Forma..... 5  
 IGN..... 9  
 SE OUTRA, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

**1.18.** Você tem algum plano de saúde?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9  
 SE SIM, ESPECIFICAR:

NOME: \_\_\_\_\_  
☐ NA ☐ IGN

IDENT.:               

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| HÁ QUANTO TEMPO: _____ (dois dígitos)                        |                              |   |
|  | NA = 88      IGN = 99        | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Dias.....  | 1                            |   |
| Meses.....   | 2                            |   |
| Anos.....  | 3                            | <input type="text"/>                      |
| NA.....  | 8                            |   |
| IGN.....   | 9                            |   |
| <b>1.19. Você pertence a algum culto religioso?</b>          |                              |   |
| Sim.....   | 1                            |   |
| Não.....   | 2                            | <input type="text"/>                      |
| IGN.....   | 9                            |   |
| SE SIM, ESPECIFICAR:   |                              |   |
| _____  |                              | <input type="text"/>                      |
| <input type="checkbox"/> NA                                  | <input type="checkbox"/> IGN |   |
| <b>1.20. Você é praticante?</b>                              |                              |   |
| Sim.....   | 1                            |   |
| Não.....   | 2                            | <input type="text"/>                      |
| NA.....  | 8                            |   |
| IGN.....   | 9                            |   |
| <b>1.21. Anotar quem respondeu esta parte da entrevista:</b> |                              |   |
| O(a) próprio(a) paciente.....                                | 1                            |   |
| O(a) responsável.....  | 2                            | <input type="text"/>                      |
| Ambos.....   | 3                            |   |
| IGN.....   | 9                            |   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |                              |   |



IDENT.:    **PARTE 2 - PERCEPÇÃO E VULNERABILIDADE EM RELAÇÃO AO HIV E AIDS****2.0.** Quando você fez o primeiro exame para HIV que deu positivo?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dia      Mês      Ano (4 dígitos)  
 IGN = 99999999

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**2.1.** O motivo que levou você a realizar este exame foi:

Razão pessoal..... 1  
 Por indicação de profissional de saúde..... 2  
 Ambos..... 3  
 IGN..... 9  
 ESPECIFICAR:

☐

\_\_\_\_\_

☐

IGN = 99

**2.2.** Quando você buscou ou recebeu o resultado deste exame?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dia      Mês      Ano (4 dígitos)  
 IGN = 99999999

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**2.3.** Você falou com alguém próximo, como um parente, amigo(a), parceiro(a), sobre sua positividade para o vírus HIV?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

☐

IDENT.:

SE SIM, ESPECIFICAR:

|                   |    |
|-------------------|----|
| Não sabem.....    | 01 |
| Parente.....      | 02 |
| Amigo(a).....     | 04 |
| Parceiro(a).....  | 08 |
| Outra pessoa..... | 16 |
| IGN.....          | 99 |

SE OUTRA, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ [ ] NA

**2.4.** Atualmente, você mora com alguém?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

[ ] NA

[ ] IGN

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 2.5.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** alguma dessas pessoas que mora com você também fez exame para HIV?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NS.....  | 3 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

[ ] NA

[ ] IGN

SE NÃO OU IGN PASSAR PARA 2.5.

SE SIM, CONTINUAR EM B:

**B.** Dessas pessoas, alguma teve resultado positivo para HIV?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 3  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

---


---

☐ NA

☐ IGN

*Agora vou fazer perguntas mais sensíveis, de ordem pessoal.  
 Como eu falei anteriormente, são perguntas confidenciais.  
 Assim, vamos falar sobre sua prática sexual, uso de preservativo e uso de drogas.  
 Vou falar de dois momentos:  
 primeiro ao **longo de sua vida** e depois no **último mês**.*

**2.5.** Assim, pensando em toda a sua vida, você diria que a maioria das suas relações sexuais foi:

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Com homens.....   | 1 |
| Com mulheres..... | 2 |
| Com ambos.....    | 3 |
| Nunca teve.....   | 4 |
| NQI.....          | 5 |
| IGN.....          | 9 |

SE NUNCA TEVE, PASSAR PARA 2.6.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Em relação a seu(sua) parceiro(a) sexual e pensando em toda a sua vida, você diria que:

- |  |   |
|--|---|
| Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) fixo.....    | 1 |
| Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) eventual.... | 2 |
| Teve mais de um(a) parceiro(a), com pelo menos um fixo.... | 3 |
| Teve mais de um(a) parceiro(a), mas nenhum(a) fixo.....    | 4 |
| NQI.....   | 5 |
| NA.....  | 8 |
| IGN.....   | 9 |

**B.** Você diria que o uso de preservativo (tanto masculino como feminino) nestas relações sexuais ocorreu:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| Em todas as vezes.....         | 1 |
| Na maioria das vezes.....      | 2 |
| Menos da metade das vezes..... | 3 |
| Em nenhuma vez.....            | 4 |
| NQI.....                       | 5 |
| NA.....                        | 8 |
| IGN.....                       | 9 |

IDENT.:

**C. Algum de seus parceiros sexuais já fez exame para HIV?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 3  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE NÃO/NS/NQI/IGN PASSAR PARA 2.6.

SE SIM, CONTINUAR EM D:

**D. Algum de seus parceiros sexuais já teve também resultado positivo para HIV?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NS..... 3  
NA..... 8  
IGN..... 9

*Agora vou perguntar sobre o uso de bebida  
alcoólica e outras drogas.  
Continuaremos falando em toda a sua vida.*

**2.6.** Em toda a sua vida, alguma vez você usou:

|                                 | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>NQI</b> | <b>IGN</b> |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>A.</b> Bebida alcoólica..... | 1          | 2          | 3          | 9          |
| <b>B.</b> Maconha.....          | 1          | 2          | 3          | 9          |
| <b>C.</b> Cocaína.....          | 1          | 2          | 3          | 9          |
| <b>D.</b> Crack.....            | 1          | 2          | 3          | 9          |
| <b>E.</b> Outra.....            | 1          | 2          | 3          | 9          |


SE OUTRA, ESPECIFICAR: (como: bola, ecstasy, cola)

☐ NA

☐ IGN

**2.7.** Ainda pensando em toda a sua vida, alguma vez você fez uso de droga injetável (droga na veia, pico na veia)?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, NQI OU IGN, PASSAR PARA 2.8.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Alguma vez você recebeu e utilizou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

*Vou fazer as mesmas perguntas anteriores, só que neste momento, estaremos falando em relação ao **último mês**.*

**2.8.** Em relação a seu(sua) parceiro(a) sexual e pensando no último mês, você diria que:

- Não teve nenhum(a) parceiro(a) sexual..... 1  
 Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) fixo..... 2  
 Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) eventual... 3  
 Teve mais de um(a) parceiro(a), com pelo menos um fixo.. 4  
 Teve mais de um(a) parceiro(a), mas nenhum(a) fixo..... 5  
 NQI..... 6  
 IGN..... 9

**2.9.** Você diria que o uso de preservativo (tanto masculino como feminino) nestas relações sexuais ocorreu:

- Em todas as vezes..... 1  
 Na maioria das vezes..... 2  
 Menos da metade das vezes..... 3  
 Em nenhuma vez..... 4  
 NQI..... 5  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

**2.10.** No último mês, alguma vez você usou:

|                                 | Sim | Não | NQI | IGN |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| <b>A.</b> Bebida alcoólica..... | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>B.</b> Maconha.....          | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>C.</b> Cocaína.....          | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>D.</b> Crack.....            | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>E.</b> Outra.....            | 1   | 2   | 3   | 9   |






SE OUTRA, ESPECIFICAR: (como: bola, ecstasy, cola)

 [ ] NA

 [ ] IGN

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 2.11.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Com que frequência você usou essa(s) droga(s) no último mês?

|                                 | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Pelo menos uma vez por dia..... | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Pelo menos 3 vezes p/ semana..  | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Pelo menos 1 vez por semana.... | 3        | 3        | 3        | 3        | 3        |
| Somente uma vez no mês.....     | 4        | 4        | 4        | 4        | 4        |
| NQI.....                        | 5        | 5        | 5        | 5        | 5        |
| NA.....                         | 8        | 8        | 8        | 8        | 8        |
| IGN.....                        | 9        | 9        | 9        | 9        | 9        |

**2.11.** Ainda no último mês, alguma vez você fez uso de droga injetável (droga na veia, pico na veia)?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, NQI OU IGN, PASSAR PARA 2.12.

SE SIM, CONTINUAR EM A:



IDENT.:

**A.** Alguma vez você recebeu e utilizou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa?

- |          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, NQI OU IGN, PASSAR PARA 2.12.

SE SIM, CONTINUAR EM B:

**B.** Com que frequência você usou droga injetável no último mês?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Pelo menos uma vez por dia.....    | 1 |
| Pelo menos 3 vezes por semana..... | 2 |
| Pelo menos uma vez por semana..... | 3 |
| Somente uma vez no mês.....        | 4 |
| NQI.....                           | 5 |
| NA.....                            | 8 |
| IGN.....                           | 9 |

*Agora, vou perguntar sobre uso de cigarro comercial.*

**2.12.** Atualmente, você fuma cigarro?

- |          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, Nº DE CIGARROS POR DIA: \_\_\_\_\_

NA = 88                      IGN = 99

IDADE QUE INICIOU: \_\_\_\_\_(anos)

NA = 88                      IGN = 99

IDENT.:

SE **SIM**, ENCERRAR ESTA PARTE.

SE **NÃO** OU IGN, PASSAR PARA 2.13.

**2.13.** Você já fumou alguma vez no passado?

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, Nº DE CIGARROS POR DIA: \_\_\_\_\_  
NA = 88      IGN = 99

IDADE QUE INICIOU: \_\_\_\_\_(anos)  
NA = 88      IGN = 99

IDADE QUE PAROU: \_\_\_\_\_(anos)  
NA = 88      IGN = 99

**OBSERVAÇÕES:**

IDENT.:    **PARTE 3 - BUSCA E ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE****3.0.** Quando você iniciou o seu atual acompanhamento médico por causa do HIV?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dia            Mês            Ano (4 dígitos)  
 IGN= 99999999

       **3.1.** Você procurou outro serviço (incluindo consultório) para acompanhamento médico para HIV antes deste atual?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

QUAL: \_\_\_\_\_  
☐ NA            ☐ IGN

PORQUE MUDOU (ou se permanece nos dois):

\_\_\_\_\_ ☐ NA            ☐ IGN

**3.2.** Você está em acompanhamento médico por causa do HIV, "neste ambulatório" (CTR ou HEM)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR QUANDO INICIOU:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dia            Mês            Ano (4 dígitos)  
 NA= 88888888    IGN= 99999999

IDENT.:    SE NÃO, ESPECIFICAR ONDE ESTÁ SENDO  
ACOMPANHADO:

---

NA = 88

IGN = 99

- 3.3.** Vou ler algumas afirmativas com motivos que podem levar uma pessoa a procurar acompanhamento médico para HIV. Gostaria que você me dissesse se algum deles foi importante para você ou seja te motivou a procurar acompanhamento médico?

**Sim   Não   IGN**

|  |   |   |   |                      |
|--|---|---|---|----------------------|
| Ter sintomas ou alguma doença.....         | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |
| Perceber a gravidade do HIV/aids.....      | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |
| Acreditar no tratamento.....               | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |
| Ser aconselhado por alguém ñ profissional. | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |
| Saber onde marcar consulta.....            | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |
| Algum motivo diferente destes.....         | 1 | 2 | 9 | <input type="text"/> |

SE ALGUM DIFERENTE, ESPECIFICAR:

---

[ ] NA

[ ] IGN

- 3.4.** Você sentiu alguma dificuldade para procurar acompanhamento médico para HIV, "neste serviço atual" (CTR, HEM ou OUTRO)?

|          |   |                      |
|----------|---|----------------------|
| Sim..... | 1 | <input type="text"/> |
| Não..... | 2 |                      |
| IGN..... | 9 |                      |

**ATENÇÃO!**

CONTINUAR EM A, MESMO QUE RESPONDA NÃO.

IDENT.:             

A. Vou ler algumas afirmativas com motivos que podem dificultar uma pessoa a procurar acompanhamento médico para HIV. Gostaria que você me dissesse se algum deles foi importante para você ou seja, te dificultou a procurar acompanhamento médico:

|   | Sim | Não | IGN |                          |
|---|-----|-----|-----|--------------------------|
| Duvidar do diagnóstico de HIV/aids..... | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |
| Sentir que podia ser discriminado.....  | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |
| Duvidar do tratamento.....              | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |
| Faltar apoio de alguém próximo.....     | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |
| Ter dúvidas onde marcar consulta.....   | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |
| Algum diferente destes.....             | 1   | 2   | 9   | <input type="checkbox"/> |

SE ALGUM DIFERENTE, ESPECIFICAR:

☐ NA ☐ IGN

**3.5.** Nos últimos 6 meses quantas vezes você veio a "este serviço" (CTR, HEM ou OUTRO) para consulta médica, por causa do HIV?

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ Vezes  
NA= 88      IGN= 99

**3.6.** Você alguma vez se sentiu constrangido(a) "neste serviço" (CTR, HEM ou OUTRO)?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA ☐ IGN

IDENT.:   

**3.7.** Você alguma vez sentiu algum tipo de discriminação neste serviço atual (CTR, HEM ou OUTRO)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[ ] NA [ ] IGN

**3.8.** Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o *Vírus HIV*.

Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei". **O HIV :**

**Certo Errado NS IGN**

Destrói a defesa do organismo..... 1 2 3 9  
 Pode-se pegar pelo sangue contaminado..... 1 2 3 9  
 Pode-se pegar pelo esperma contaminado..... 1 2 3 9  
 Pode-se pegar através do abraço..... 1 2 3 9  
 Pode-se pegar pela picada de inseto..... 1 2 3 9

**3.9.** Vou ler algumas afirmativas sobre o que é *Aids*. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei":

**A Aids :**

**Certo Errado NS IGN**

Tem tratamento..... 1 2 3 9  
 Atinge só o sexo masculino..... 1 2 3 9  
 Pode ser evitada por vacina..... 1 2 3 9  
 É causada pelo vírus HIV..... 1 2 3 9  
 É transmitida pela relação sexual..... 1 2 3 9

IDENT.:

**3.10.** Vou ler algumas afirmativas sobre como os *medicamentos antirretrovirais* agem no corpo. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada afirmativa e caso não saiba, responda com "não sei". **OS MEDICAMENTOS :**

|  | Certo | Errado | NS | IGN |                      |
|--|-------|--------|----|-----|----------------------|
| Destroem o vírus HIV.....                    | 1     | 2      | 3  | 9   | <input type="text"/> |
| Não deixam o HIV aumentar.....               | 1     | 2      | 3  | 9   | <input type="text"/> |
| Não melhoram a resistência do organismo..... | 1     | 2      | 3  | 9   | <input type="text"/> |
| Ajudam evitar algumas doenças graves.....    | 1     | 2      | 3  | 9   | <input type="text"/> |
| Devem ser tomados durante toda a vida.....   | 1     | 2      | 3  | 9   | <input type="text"/> |

**3.11.** Na sua opinião, você precisa tomar os antirretrovirais?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 3  
 IGN..... 9

ESPECIFICAR A RAZÃO:

\_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN

**3.12.** Você faz uso de outra medicação, de uso contínuo ou regular, diferente dos antirretrovirais?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 3.13.

IDENT.:

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Você saberia dizer porque precisa desse(s) outro(s) medicamento(s)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

**3.13.** Você participa de algum grupo de orientação sobre o tratamento da aids, "neste serviço" (CTR, HEM ou OUTRO) onde você é acompanhado(a)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

**3.14.** Você está recebendo algum apoio para pessoas em tratamento com antirretrovirais, tipo terapia individual, "neste serviço" (CTR, HEM ou OUTRO) onde você é acompanhado(a)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN



IDENT.:

**3.15.** Você está recebendo algum apoio para pessoas vivendo com HIV/aids, tipo terapia individual ou em grupo ou de grupo de apoio, fora do "serviço" (CTR, HEM ou OUTRO) onde você está sendo acompanhado(a)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 Ambos..... 3  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA ☐ IGN

OBSERVAÇÕES:

**PARTE 4 - TRATAMENTO COM OS ANTIRRETROVIRAIS - ARV**

**4.0.** Em relação aos medicamentos antirretrovirais para o seu tratamento, gostaria que você me dissesse se o seu **MÉDICO** te ORIENTOU a respeito dos seguintes pontos:

|   | Sim | Não | NS | IGN |
|---|-----|-----|----|-----|
| Nome dos medicamentos.....                | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Horários de cada medicamento.....         | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Quantidades de cada medicamento.....      | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Alimentação junto com medicamentos.....   | 1   | 2   | 3  | 9   |
| O que fazer se esquecer de tomar.....     | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Uso de álcool junto com medicamentos..... | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Efeitos colaterais/reações.....           | 1   | 2   | 3  | 9   |
| O que acontece se parar de tomar.....     | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Quando retornar p/ buscar medicamentos..  | 1   | 2   | 3  | 9   |


**4.1.** Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu do seu médico, como você entendeu o que foi dito:

|            |   |
|------------|---|
| Nada.....  | 1 |
| Pouco..... | 2 |
| Médio..... | 3 |
| Muito..... | 4 |
| Tudo.....  | 5 |
| NA.....    | 8 |
| IGN.....   | 9 |

**4.2.** Em relação aos medicamentos antirretrovirais, gostaria que você me dissesse se **ALGUÉM DA FARMÁCIA**, "onde você pegou esses remédios" (CTR ou HEM), te ORIENTOU a respeito dos seguintes pontos:

|   | Sim | Não | NS | IGN |
|---|-----|-----|----|-----|
| Nome dos medicamentos.....                | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Horários de cada medicamento.....         | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Quantidades de cada medicamento.....      | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Alimentação junto com medicamentos.....   | 1   | 2   | 3  | 9   |
| O que fazer se esquecer de tomar.....     | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Uso de álcool junto com medicamentos..... | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Efeitos colaterais/reações.....           | 1   | 2   | 3  | 9   |
| O que acontece se parar de tomar.....     | 1   | 2   | 3  | 9   |
| Quando retornar p/ buscar medicamentos..  | 1   | 2   | 3  | 9   |

IDENT.:    

4.3. Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu de alguém da farmácia, como você entendeu o que foi dito:

Nada..... 1  
 Pouco..... 2  
 Médio..... 3  
 Muito..... 4  
 Tudo..... 5  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

4.4. Você também recebeu essa(s) orientação(ões) de tratamento de **ALGUÉM DA ENFERMAGEM**, "onde você pegou os medicamentos" (CTR ou HEM):

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 4.5.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

A. Em relação aos medicamentos antirretrovirais, gostaria que você me dissesse se **ALGUÉM DA ENFERMAGEM**, "onde você pegou esses remédios" (dizer o nome), te ORIENTOU a respeito dos seguintes pontos:

|   | Sim | Não | NS | NA | IGN |
|---|-----|-----|----|----|-----|
| Nome dos medicamentos.....                | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Horários de cada medicamento.....         | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Quantidades de cada medicamento.....      | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Alimentação junto com medicamentos.....   | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| O que fazer se esquecer de tomar.....     | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Uso de álcool junto com medicamentos..... | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Efeitos colaterais/reações.....           | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Riscos de interrupção dos medicamentos..  | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Quando retornar p/ buscar medicamentos..  | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |

4.5. Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu de alguém da enfermagem, como você entendeu o que foi dito:

Nada..... 1  
 Pouco..... 2  
 Médio..... 3  
 Muito..... 4  
 Tudo..... 5  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

*Entrevistador(a):*  
*Utilize o **kit** dos ARV e a **receita** para*  
*responder as próximas perguntas.*  
*Preencha de acordo com o número de medicamentos*  
*prescritos para cada participante.*

**4.6. MEDICAMENTO 1** \_\_\_\_\_ (anotar as iniciais)

Nome: \_\_\_\_\_  
 (Anotar o nome do PRIMEIRO medicamento apontado)

**4.7. Você sabe o nome desse medicamento?**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

**4.8. Registre como está na receita médica:**

Não apresentou a receita..... 01  
 Receita ilegível..... 02  
 Não consta na receita..... 03  
 Consta na receita..... 04  
 IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

IDENT.:

**4.9.** Você sabe me dizer quantas vezes no dia você deve tomar este medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.10.** Registre como está na receita médica:

Não apresentou a receita..... 01  
 Receita ilegível..... 02  
 Não consta na receita..... 03  
 Consta na receita..... 04  
 IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.11.** Você sabe a quantidade deste medicamento que irá tomar de cada vez?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

IDENT.:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>4.12. Registre como está na receita médica:</b></p> <p>                 Não apresentou a receita..... 01<br/>                 Receita ilegível..... 02<br/>                 Não consta na receita..... 03<br/>                 Consta na receita..... 04<br/>                 IGN..... 99             </p> <p>SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> NA                 <input type="checkbox"/> IGN             </p> |  | <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> |
| <p><b>4.13. Você sabe como deve ser sua alimentação a cada tomada deste medicamento?</b></p> <p>                 Sim..... 1<br/>                 Não..... 2<br/>                 IGN..... 9             </p> <p>SE SIM, ESPECIFICAR:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> NA                 <input type="checkbox"/> IGN             </p>  |  | <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>                      |
| <p><b>4.14. Registre como está na receita médica:</b></p> <p>                 Não apresentou a receita..... 01<br/>                 Receita ilegível..... 02<br/>                 Não consta na receita..... 03<br/>                 Consta na receita..... 04<br/>                 IGN..... 99             </p> <p>SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> NA                 <input type="checkbox"/> IGN             </p> |  | <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> |

IDENT.:

**4.15.** Você foi orientado(a) sobre algum outro cuidado ou precaução com este medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.16.** Registre como está na receita médica:

Não apresentou a receita..... 01  
 Receita ilegível..... 02  
 Não consta na receita..... 03  
 Consta na receita..... 04  
 IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.17.** Você foi orientado(a) sobre algum efeito colateral ou indesejável que possa ter com este medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

IDENT.:

**4.18.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

☐ NA

☐ IGN

*Vou passar para o segundo medicamento antirretroviral.*

**OBSERVAÇÕES:**



IDENT.: **4.19. MEDICAMENTO 2**  (anotar as iniciais)

Nome:   
(Anotar o nome do SEGUNDO medicamento apontado).  
☐ NA

**4.20. Você sabe o nome desse medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.21. Registre como está na receita médica:**

Não apresentou a receita..... 01  
Receita ilegível..... 02  
Não consta na receita..... 03  
Consta na receita..... 04  
NA..... 88  
IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.22. Você sabe me dizer quantas vezes no dia você deve tomar este medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN

IDENT.:

**4.23. Registre como está na receita médica:**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.24. Você sabe a quantidade deste medicamento que irá tomar de cada vez?**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.25. Registre como está na receita médica:**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

IDENT.:

**4.26.** Você sabe como deve ser sua alimentação a cada tomada deste medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

☐ NA

☐ IGN

**4.27.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ NA

☐ IGN

**4.28.** Você foi orientado(a) sobre algum outro cuidado ou precaução com este medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

☐ NA

☐ IGN

IDENT.:    **4.29.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.30.** Você foi orientado(a) sobre algum efeito colateral ou indesejável que possa ter com este medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN       **4.31.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

       ☐ NA☐ IGN

*Vou passar para o terceiro medicamento antirretroviral.*

IDENT.:    **4.32. MEDICAMENTO 3**  (anotar as iniciais)

Nome:   
(Anotar o nome do TERCEIRO medicamento apontado)  
☐ NA

       **4.33. Você sabe o nome desse medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

       ☐ NA☐ IGN**4.34. Registre como está na receita médica:**

Não apresentou a receita..... 01  
Receita ilegível..... 02  
Não consta na receita..... 03  
Consta na receita..... 04  
NA..... 88  
IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.35. Você sabe me dizer quantas vezes no dia você deve tomar este medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN

IDENT.: **4.36. Registre como está na receita médica:**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.37. Você sabe a quantidade deste medicamento que irá tomar de cada vez?**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.38. Registre como está na receita médica:**

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN

IDENT.:

**4.39.** Você sabe como deve ser sua alimentação a cada tomada deste medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_  
☐ NA ☐ IGN

**4.40.** Registre como está na receita médica:

Não apresentou a receita..... 01  
 Receita ilegível..... 02  
 Não consta na receita..... 03  
 Consta na receita..... 04  
 NA..... 88  
 IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_  
☐ NA ☐ IGN

**4.41.** Você foi orientado(a) sobre algum outro cuidado ou precaução com este medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_  
☐ NA ☐ IGN

IDENT.:

**4.42.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.43.** Você foi orientado(a) sobre algum efeito colateral ou indesejável que possa ter com este medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.44.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

*Vou passar para o quarto medicamento antirretroviral.*



IDENT.:

**4.45. MEDICAMENTO 4** \_\_\_\_\_ (anotar as iniciais)

Nome: \_\_\_\_\_  
(Anotar o nome do QUARTO medicamento apontado)  
☐ NA

**4.46. Você sabe o nome desse medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.47. Registre como está na receita médica:**

Não apresentou a receita..... 01  
Receita ilegível..... 02  
Não consta na receita..... 03  
Consta na receita..... 04  
NA..... 88  
IGN..... 99

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.48. Você sabe me dizer quantas vezes no dia você deve tomar este medicamento?**

Sim..... 1  
Não..... 2  
NA..... 8  
IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

IDENT.:   **4.49.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.50.** Você sabe a quantidade deste medicamento que irá tomar de cada vez?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

 ☐ NA☐ IGN**4.51.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN

IDENT.:   **4.52.** Você sabe como deve ser sua alimentação a cada tomada deste medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.53.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN**4.54.** Você foi orientado(a) sobre algum outro cuidado ou precaução com este medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA☐ IGN

IDENT.:

**4.55.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.56.** Você foi orientado(a) sobre algum efeito colateral ou indesejável que possa ter com este medicamento?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

**4.57.** Registre como está na receita médica:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Não apresentou a receita..... | 01 |
| Receita ilegível.....         | 02 |
| Não consta na receita.....    | 03 |
| Consta na receita.....        | 04 |
| NA.....                       | 88 |
| IGN.....                      | 99 |

SE OPÇÃO "04", ESPECIFICAR:

☐ NA

☐ IGN

*Encerre a entrevista entrada.  
Explique o registro diário.*

IDENT.:

**4.58.** Anotar quem respondeu esta parte da entrevista:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| O(a) próprio(a) paciente..... | 1 |
| O(a) responsável.....         | 2 |
| Ambos.....                    | 3 |
| IGN.....                      | 9 |

**4.59.** Data da entrevista:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia      Mês      Ano

**4.60.** Entrevistador(a):

\_\_\_\_\_

**4.61.** Digitador(a):

\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

## ANEXO D

### QUESTIONÁRIOS DA ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HAD E DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Ordem*

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Identificação*

**“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**ESCALAS *HAD* E WHOQOL-bref**

**INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR**

*Entrevistador(a): Fale ao participante sobre o estudo.  
 Leia o Consentimento e solicite sua assinatura.  
 Inicie a escala!*

*Este questionário ajudará o pesquisador a saber como você está se sentindo. Procure a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.*

**A.1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):**

A maior parte do tempo..... 3  
 Boa parte do tempo..... 2  
 De vez em quando..... 1  
 Nunca..... 0

**D.1. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

Sim, do mesmo jeito que antes..... 0  
 Não tanto quanto antes..... 1  
 Só um pouco..... 2  
 Já não sinto mais prazer em nada..... 3

**A.2. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

Sim, e de um jeito muito forte..... 3  
 Sim, mas não tão forte..... 2  
 Um pouco, mas isso não me preocupa..... 1  
 Não sinto nada disso..... 0



**D.2. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

Do mesmo jeito que antes..... 0  
 Atualmente um pouco menos..... 1  
 Atualmente bem menos..... 2  
 Não consigo mais..... 3

**A.3. Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

A maior parte do tempo..... 3  
 Boa parte do tempo..... 2  
 De vez em quando..... 1  
 Raramente..... 0

**D.3. Eu me sinto alegre:**

Nunca..... 3  
 Poucas vezes..... 2  
 Muitas vezes..... 1  
 A maior parte do tempo..... 0

**A.4. Consigo ficar sentado(a) à vontade e me sentir relaxado(a):**

Sim, quase sempre..... 0  
 Muitas vezes..... 1  
 Poucas vezes..... 2  
 Nunca..... 3

**D.4. Eu estou lento(a) para pensar e fazer as coisas:**

Quase sempre..... 3  
 Muitas vezes..... 2  
 De vez em quando..... 1  
 Nunca..... 0

**A.5. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

Nunca..... 0  
 De vez em quando..... 1  
 Muitas vezes..... 2  
 Quase sempre..... 3

**D.5. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

Completamente..... 3  
 Não estou mais me cuidando como eu deveria..... 2  
 Talvez não tanto quanto antes..... 1  
 Me cuido do mesmo jeito que antes..... 0

**A.6. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:**

Sim, demais..... 3  
 Bastante..... 2  
 Um pouco..... 1  
 Não me sinto assim..... 0

**D.6. Fico esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir:**

Do mesmo jeito que antes..... 0  
 Um pouco menos do que antes..... 1  
 Bem menos do que antes..... 2  
 Quase nunca..... 3

**A.7. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

A quase todo momento..... 3  
 Várias vezes..... 2  
 De vez em quando..... 1  
 Não sinto isso..... 0

**D.7. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:**

Quase sempre..... 0  
 Várias vezes..... 1  
 Poucas vezes..... 2  
 Quase nunca..... 3

|                                     |
|-------------------------------------|
| Entrevistador(a): Encerre a escala. |
|-------------------------------------|

IDENT.:

*Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.*

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

*Por favor, diga o número que lhe parece a melhor resposta para cada questão.*

|   |  | Muito ruim | Ruim | Nem ruim<br>Nem boa | Boa | Muito Boa | NQR |
|---|--|------------|------|---------------------|-----|-----------|-----|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1          | 2    | 3                   | 4   | 5         | 8   |

|   |   | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito<br>Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito | NQR |
|---|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|-----|
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |

Questão 1:

Questão 2:

IDENT.:   

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas duas últimas semanas.

|   |   | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente | NQR |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|-----|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?          | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 5 | O quanto você aproveita a vida?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?                                   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?                                      | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos )?         | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            | 8   |

Questão 3:

Questão 4:

Questão 5:

Questão 6:

Questão 7:

Questão 8:

Questão 9:

IDENT.:

*As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido que é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.*

|    |   | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente | NQR |
|----|---|------|-------------|-------|-------|---------------|-----|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia a dia?                               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             | 8   |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física?                                 | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             | 8   |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             | 8   |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             | 8   |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?                   | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             | 8   |

Questão 10:

Questão 11:

Questão 12:

Questão 13:

Questão 14:

IDENT.:    

*As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.*

|    |  | Muito ruim | Ruim | Nem ruim<br>Nem bom | Bom | Muito bom | NQR |
|----|--|------------|------|---------------------|-----|-----------|-----|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1          | 2    | 3                   | 4   | 5         | 8   |

|    |  | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito<br>Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito | NQR |
|----|--|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|-----|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?   | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?   | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?                                 | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?  | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?  | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?                         | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?                                | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |

IDENT.:

|    |  | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito<br>Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito | NQR |
|----|--|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|-----|
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?           | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                | 8   |

Questão 15:    Questão 16:    Questão 17:    Questão 18:    Questão 19:

Questão 20:    Questão 21:    Questão 22:    Questão 23:    Questão 24:

*A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.*

|    |   | Nunca | Algumas Vezes | Frequentemente | Muito Frequentemente | Sempre | NQR |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|-----|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1     | 2             | 3              | 4                    | 5      | 8   |

Questão 25:

Questão 26:

IDENT.:

*Entrevistador(a):  
Encerre esta parte. Inicie a entrevista  
de Entrada, dando uma continuidade.*

27. Data:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dia                  Mês                  Ano (4 dígitos)

28. Entrevistador(a):

\_\_\_\_\_

29. Digitador(a):

*Observações:*





## **ANEXO E**

### **PROJETO ATAR: QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO**

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Ordem*

*COLE A ETIQUETA AQUI*

*Número de Identificação*

**“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO**

**INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR**

**INTRODUÇÃO:**

*Entrevistador(a), fale ao(a) participante sobre a continuidade da pesquisa. Reforce a importância de sua participação e inicie a entrevista pela questão 1.5.*

**1.0. Número de Identificação da Pesquisa (IDENT):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_

**1.1. Número de ORDEM:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_

**1.2. Local da Pesquisa:**

Ambulatório Orestes Diniz..... 1  
Ambulatório do HEM..... 2

\_\_\_\_

**1.3. Número do Prontuário deste local:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_

**1.4. Esta entrevista refere-se à:**

2a Visita..... 1  
3a Visita..... 2  
4a Visita..... 3

\_\_\_\_

**1.5. Desde a nossa última entrevista, você mudou de endereço de residência e/ou telefone:**

Sim..... 1  
Não..... 2  
IGN..... 9

\_\_\_\_

**SE SIM, ATUALIZAR FOLHA  
DE IDENTIFICAÇÃO.**

**SE NÃO, PASSAR PARA A  
QUESTÃO 1.6.**

IDENT.:

**1.6. Você teve renda no último mês?**

- |          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_ reais  
 NA = 88888    IGN = 99999

SE **SIM**, PASSAR PARA 1.7.

SE **NÃO**, CONTINUAR EM A:

**A. Porque você não teve renda neste último mês?**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Pediu demissão.....      | 1 |
| Foi demitido.....        | 2 |
| Afastado por doença..... | 3 |
| Outro motivo.....        | 4 |
| NA.....                  | 8 |
| IGN.....                 | 9 |

SE OUTRO, ESPECIFICAR:

NA = 88

IGN = 99

*Agora vou fazer perguntas mais sensíveis, de ordem pessoal. Como eu já falei, são perguntas confidenciais. Assim, vamos falar de sua prática sexual, uso de preservativo e uso de drogas. O período que estarei perguntando se refere ao **último mês**.*

IDENT.:

**1.7. Em relação a seu(sua) parceiro(a) sexual e pensando no último mês, você diria que:**

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| Não teve nenhum(a) parceiro(a) sexual.....              | 1 |                      |
| Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) fixo..... | 2 | <input type="text"/> |
| Teve somente um(a) parceiro(a), sendo este(a) eventual. | 3 |                      |
| Teve mais de um(a) parceiro(a), com pelo menos um fixo. | 4 |                      |
| Teve mais de um(a) parceiro(a), mas nenhum(a) fixo..... | 5 |                      |
| NQI.....  | 6 |                      |
| IGN.....  | 9 |                      |

**1.8. Você diria que o uso de preservativo (tanto masculino como feminino) nestas relações sexuais ocorreu:**

- |                                |   |                      |
|--------------------------------|---|----------------------|
| Em todas as vezes.....         | 1 |                      |
| Na maioria das vezes.....      | 2 | <input type="text"/> |
| Menos da metade das vezes..... | 3 |                      |
| Em nenhuma vez.....            | 4 |                      |
| NQI.....                       | 5 |                      |
| NA.....                        | 8 |                      |
| IGN.....                       | 9 |                      |

**1.9. No último mês, alguma vez você usou:**

- |                                 | Sim | Não | NQI | IGN |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| <b>A. Bebida alcoólica.....</b> | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>B. Maconha.....</b>          | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>C. Cocaína.....</b>          | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>D. Crack.....</b>            | 1   | 2   | 3   | 9   |
| <b>E. Outra.....</b>            | 1   | 2   | 3   | 9   |

SE OUTRA, ESPECIFICAR: (bola, ecstasy, cola, etc.)

NA = 88

IGN = 99

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.10.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Com que frequência você usou essa(s) droga(s) no último mês?

|                                   | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Pelo menos uma vez por dia.....   | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Pelo menos 3 vezes por semana.... | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Pelo menos 1 vez por semana.....  | 3        | 3        | 3        | 3        | 3        |
| Somente uma vez no mês.....       | 4        | 4        | 4        | 4        | 4        |
| NQI.....                          | 5        | 5        | 5        | 5        | 5        |
| NA.....                           | 8        | 8        | 8        | 8        | 8        |
| IGN.....                          | 9        | 9        | 9        | 9        | 9        |

**1.10.** Ainda no último mês, alguma vez você fez uso de droga injetável (droga na veia, pico na veia)?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, NQI OU IGN, PASSAR PARA 1.11.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Alguma vez você recebeu e utilizou para se injetar agulhas/seringas usadas de outra pessoa?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NQI..... | 3 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO, NQI OU IGN, PASSAR PARA 1.11.

SE SIM, CONTINUAR EM B:

**B.** Com que frequência você usou droga injetável no último mês?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Pelo menos uma vez por dia.....    | 1 |
| Pelo menos 3 vezes por semana..... | 2 |
| Pelo menos uma vez por semana..... | 3 |
| Somente uma vez no mês.....        | 4 |
| NQI.....                           | 5 |
| NA.....                            | 8 |
| IGN.....                           | 9 |

[ ]

*Entrevistador(a):  
A próxima questão não deverá ser perguntada  
ao(a) paciente.  
Será afixada uma etiqueta com os medicamentos.*

**1.11.** Esquema **INICIAL (da visita anterior)** de tratamento com antirretrovirais:

[ ][ ][ ][ ][ ][ ]



*Neste momento, vou iniciar com perguntas sobre seu tratamento.*

**1.12.** Você falou com alguém próximo, como um parente, parceiro(a), amigo(a) sobre seu tratamento com os antirretrovirais?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

ESPECIFICAR:

Não sabem..... 01  
 Parente..... 02  
 Parceiro(a)..... 04  
 Amigo(a)..... 08  
 Outra pessoa..... 16  
 IGN..... 99

SE OUTRA PESSOA, ESPECIFICAR:

NA = 88

IGN = 99

**1.13.** Há outra(s) pessoa(s) que mora(m) com você e que também faz(em) o tratamento com antirretrovirais?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

ESPECIFICAR:

Não fazem..... 01  
 Parente..... 02  
 Parceiro(a)..... 04  
 Amigo(a)..... 08  
 Outra pessoa..... 16  
 IGN..... 99

SE PARENTE, ESPECIFICAR:

Filho(a)..... 02  
 Outro..... 04  
 NA..... 88  
 IGN..... 99

IDENT.:

**1.14.** Na sua opinião, você está precisando tomar os antirretrovirais?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NS..... 3  
 IGN..... 9

ESPECIFICAR A RAZÃO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NA = 888

IGN = 999

**1.15.** Desde a nossa última entrevista, houve alguma mudança do esquema de tratamento com os antirretrovirais, para o tratamento do HIV/aids?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

**SE SIM, QUANTAS VEZES?** \_\_\_\_\_  
 NA = 8      IGN = 9

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.16.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

IDENT.:

**A.** Você poderia me dizer a(s) data(s), o(s) medicamento(s) que mudou(ram) - De um esquema para o outro:

**1a Troca:**

NA = 8    IGN = 9

**Data:**     /  /

          Dia        Mês        Ano (4 dígitos)

NA = 88888888    IGN = 99999999

**De:**

**Para:**

**2a Troca:**

NA = 8    IGN = 9

**Data:**     /  /

          Dia        Mês        Ano (4 dígitos)

NA = 88888888    IGN = 99999999

**De:**

**Para:**

IDENT.:

**3a Troca:**

NA = 8 IGN = 9

**Data:**  /  /   
           Dia      Mês      Ano (4 dígitos)  
           NA = 88888888 IGN = 99999999

**De:**

**Para:**

**4a Troca:**

NA = 8 IGN = 9

**Data:**  /  /   
           Dia      Mês      Ano (4 dígitos)  
           NA = 88888888 IGN = 99999999

**De:**

**Para:**

IDENT.:    

**B.** Você poderia me dizer o(s) motivo(s) para esta(s) troca(s) do(s) medicamento(s) antirretrovirais:

**1a TROCA:**      NA = 8      IGN = 9

**Esquema inicial (antes da troca):**

NA = 88

IGN = 99

**Motivos:**

Não sabe..... 001

Intolerância/efeitos colaterais..... 002

Piora clínica/sintomas..... 004

Piora do CD4 e/ou Carga viral..... 008

Infecções oportunistas..... 016

Rotina diária de vida..... 032

Falta de medicamento..... 064

Aparece novo medicamento..... 128

Interrompeu por conta própria..... 256

Outro(s) motivo(s)..... 512

NA = 888

IGN = 999

SE INTOLERÂNCIA/EFEITOS COLATERAIS,  
ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

NA = 88888

IGN = 99999

SE OUTRO(S) MOTIVO(S), ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

NA = 88

IGN = 99

**IDENT.:**               

|   |           |         |  |
|---|-----------|---------|--|
| <b>2a TROCA:</b>  | NA = 8    | IGN = 9 |  |
| <b>Esquema inicial (antes da troca):</b>                |           |         |  |
| <hr/>   |           |         |  |
| NA = 88   | IGN = 99  |         |  |
| <br>  |           |         |  |
| <b>Motivos:</b>   |           |         |  |
| Não sabe.....   | 001       |         |  |
| Intolerância/efeitos colaterais.....                    | 002       |         |  |
| Piora clínica/sintomas.....                             | 004       |         |  |
| Piora do CD4 e/ou Carga viral.....                      | 008       |         |  |
| Infecções oportunistas.....                             | 016       |         |  |
| Rotina diária de vida.....                              | 032       |         |  |
| Falta de medicamento.....                               | 064       |         |  |
| Aparece novo medicamento.....                           | 128       |         |  |
| Interrompeu por conta própria.....                      | 256       |         |  |
| Outro(s) motivo(s).....                                 | 512       |         |  |
| NA = 888  | IGN = 999 |         |  |
| <br>  |           |         |  |
| <b>SE INTOLERÂNCIA/EFEITOS COLATERAIS, ESPECIFICAR:</b> |           |         |  |
| <hr/>   |           |         |  |
| <hr/>   |           |         |  |
| NA = 88   | IGN = 99  |         |  |
| <br>  |           |         |  |
| <b>SE OUTRO(S) MOTIVO(S), ESPECIFICAR:</b>              |           |         |  |
| <hr/>   |           |         |  |
| <hr/>   |           |         |  |
| NA = 88   | IGN = 99  |         |  |

IDENT.:   

3a TROCA: NA = 8 IGN = 9

Esquema inicial (antes da troca):

NA = 88

IGN = 99

**Motivos:**

Não sabe..... 001

Intolerância/efeitos colaterais..... 002

Piora clínica/sintomas..... 004

Piora do CD4 e/ou Carga viral..... 008

Infecções oportunistas..... 016

Rotina diária de vida..... 032

Falta de medicamento..... 064

Aparece novo medicamento..... 128

Interrompeu por conta própria..... 256

Outro(s) motivo(s)..... 512

NA = 888

IGN = 999

SE INTOLERÂNCIA/EFEITOS COLATERAIS,  
ESPECIFICAR:

---

NA = 88

IGN = 99

SE OUTRO(S) MOTIVO(S), ESPECIFICAR:

---

NA = 88

IGN = 99

IDENT.:

**4a TROCA:**      NA = 8      IGN = 9

**Esquema inicial (antes da troca):**

\_\_\_\_\_  
NA = 88      IGN = 99

**Motivos:**

Não sabe..... 001  
Intolerância/efeitos colaterais..... 002  
Piora clínica/sintomas..... 004  
Piora do CD4 e/ou Carga viral..... 008  
Infecções oportunistas..... 016  
Rotina diária de vida..... 032  
Falta de medicamento..... 064  
Aparece novo medicamento..... 128  
Interrompeu por conta própria..... 256  
Outro(s) motivo(s)..... 512  
NA = 888      IGN = 999

SE INTOLERÂNCIA/EFEITOS COLATERAIS,  
ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 88      IGN = 99

SE OUTRO(S) MOTIVO(S), ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 88      IGN = 99



IDENT.:

**1.16. Desde a nossa última visita, você procurou o serviço de saúde onde é acompanhado(a) para tratamento do HIV/aids, para alguma orientação em relação aos medicamentos antirretrovirais?**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.17.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A. Gostaria que você me dissesse qual(is) profissional(is) te orientou(aram):**

|                          | Sim | Não | NS | NA | IGN |
|--------------------------|-----|-----|----|----|-----|
| Algum médico.....        | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Alguém da farmácia.....  | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Alguém da enfermagem.... | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |
| Outro profissional.....  | 1   | 2   | 3  | 8  | 9   |

SE OUTRO, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

NA = 88

IGN = 99

**OBSERVAÇÕES:**

IDENT.:

**B.** Em relação à(s) orientação(ões) que você buscou, gostaria que me dissesse se foi(ram) em relação aos seguintes pontos:

|  | Sim | Não | NA | IGN |
|--|-----|-----|----|-----|
| Nome dos medicamentos.....             | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Horários de cada medicamento.....      | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Doses de cada medicamento.....         | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Alimentação junto c/ medicamentos...   | 1   | 2   | 8  | 9   |
| O que fazer se esquecer de tomar..     | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Uso de álcool junto c/ medicamentos..  | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Efeitos colaterais/reações.....        | 1   | 2   | 8  | 9   |
| O que acontece se parar de tomar.....  | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Quando retornar p/ buscar medicamentos | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Outra dúvida.....                      | 1   | 2   | 8  | 9   |

SE OUTRA, ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

NA = 88

IGN = 99

**C.** Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu, você acha que entendeu:

|            |   |
|------------|---|
| Nada.....  | 1 |
| Pouco..... | 2 |
| Médio..... | 3 |
| Muito..... | 4 |
| Tudo.....  | 5 |
| NA.....    | 8 |
| IGN.....   | 9 |

**D.** Esta sua procura foi:

|                     |   |
|---------------------|---|
| Por telefone.....   | 1 |
| Procura direta..... | 2 |
| Ambos.....          | 3 |
| NA.....             | 8 |
| IGN.....            | 9 |

**E.** Pensando de maneira geral, como você classificaria a resposta deste ambulatório à sua procura por orientação(ões), por causa dos medicamentos:

|                 |   |
|-----------------|---|
| Muito ruim..... | 1 |
| Ruim.....       | 2 |
| Médio.....      | 3 |
| Bom.....        | 4 |
| Muito bom.....  | 5 |
| NA.....         | 8 |
| IGN.....        | 9 |

**F.** Ainda pensando de maneira geral, após obter esta(s) orientação(ões), como você classificaria sua satisfação com a(s) resposta(s) obtida(s):

|                 |   |
|-----------------|---|
| Muito ruim..... | 1 |
| Ruim.....       | 2 |
| Médio.....      | 3 |
| Bom.....        | 4 |
| Muito bom.....  | 5 |
| NA.....         | 8 |
| IGN.....        | 9 |

**1.17.** De acordo com a sua experiência com os medicamentos antirretrovirais até agora, como você classificaria o seu tratamento no dia a dia:

|                    |   |
|--------------------|---|
| Muito difícil..... | 1 |
| Difícil.....       | 2 |
| Médio.....         | 3 |
| Fácil.....         | 4 |
| Muito fácil.....   | 5 |
| IGN.....           | 9 |

ESPECIFICAR A(S) RAZÃO(ÕES):

\_\_\_\_\_

NA = 888                      IGN = 999

*A próxima questão deve ser respondida pensando como o(a) entrevistado(a) se sentia antes de iniciar o tratamento e como se sente agora.*

**1.18.** Como você está se sentindo com o seu tratamento com os antirretrovirais. Vou ler alguns itens, e você me diz se houve "piora, melhora ou não mudou a situação" com o tratamento até o momento:

|                               | Pior | Igual | Melhor | IGN |
|-------------------------------|------|-------|--------|-----|
| Energia/disposição.....       | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Dores/desconforto físico..... | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Dependência de cuidados.....  | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Locomoção.....                | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Capacidade para o trabalho..  | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Memória/concentração.....     | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Aparência física.....         | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Autoestima/sentir relaxado... | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Relações pessoais.....        | 1    | 2     | 3      | 9   |
| Vida sexual.....              | 1    | 2     | 3      | 9   |

IDENT.:               

**1.19.** Gostaria que me dissesse até três coisas que facilitaram o seu tratamento com os antirretrovirais e até três coisas que dificultaram o seu tratamento. Vamos estar falando de cada um dos medicamentos do esquema de tratamento que você está usando:

**Medicamento (atual):** \_\_\_\_\_ (iniciais)

### Facilidades:

---

---

---

---

NA = 888888

IGN = 999999

### Dificuldades:

---

---

---

NA = 888888

IGN = 999999

IDENT.:

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Medicamento (atual):</b> _____ (iniciais)</p> <p><b>Facilidades:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NA = 888888                      IGN = 999999</p> <p><b>Dificuldades:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NA = 888888                      IGN = 999999</p> | <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> |
|--|--|

IDENT.:

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Medicamento (atual):</b> _____ (iniciais)</p> <p><b>Facilidades:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NA = 888888                      IGN = 999999</p> <p><b>Dificuldades:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NA = 888888                      IGN = 999999</p> | <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> |
|--|--|

IDENT.:

|   |  |
|---|--|
| <b>Medicamento (atual):</b> <input type="text"/> (iniciais) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Facilidades:</b>   |  |
| <input type="text"/>  |  |
| <input type="text"/>  |  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| <input type="text"/>  |  |
| NA = 888888                      IGN = 999999               |  |
| <b>Dificuldades:</b>  |  |
| <input type="text"/>  |  |
| <input type="text"/>  |  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| <input type="text"/>  |  |
| NA = 888888                      IGN = 999999               |  |



IDENT.:               

**1.20.** Neste último mês, você fez uso de outra medicação, de uso contínuo ou regular, diferente dos antirretrovirais?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

---

---

NA = 88

---

IGN = 99

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.21.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Você saberia me dizer porque precisa desse(s) outro(s) medicamentos?

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, ESPECIFICAR:

NA = 88

---

IGN = 99

**1.21.** Desde que você iniciou o seu tratamento com os antirretrovirais, alguma vez você ficou **pelo menos um dia inteiro sem tomar nenhum** medicamento?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

[ ]

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.22.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

**A.** Você poderia me dizer se algum dos motivos abaixo representou uma razão para você ficar pelo menos um dia inteiro sem tomar nenhum medicamento:

|                                       | Sim | Não | NA | IGN |
|---------------------------------------|-----|-----|----|-----|
| Falta de algum medicamento.....       | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Indicação médica.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Mudança de serviço de saúde.....      | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Melhora na saúde.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Piora na saúde.....                   | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Descanso da medicação.....            | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Tratamento alternativo/caseiro.....   | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Para usar drogas ilícitas.....        | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Para usar bebida alcoólica.....       | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Por esquecimento.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Por causa da religião.....            | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Pelos horários/esquema de trabalho..  | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Por reações ou efeitos colaterais.... | 1   | 2   | 8  | 9   |
| Outra(s) razão(ões).....              | 1   | 2   | 8  | 9   |

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

IDENT.:               

SE OUTRA(S) RAZÃO(ÕES), ESPECIFICAR:

---

NA = 88

IGN = 99

**1.22.** Pensando no **último mês**, alguma vez você deixou de tomar **alguma dose** (quantidade do medicamento) de algum dos medicamentos antirretrovirais, em alguma parte do dia:

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nunca.....                | 1 |
| Uma única vez.....        | 2 |
| Algumas vezes.....        | 3 |
| Frequentemente.....       | 4 |
| Muito frequentemente..... | 5 |
| Sempre.....               | 6 |
| IGN.....                  | 9 |

SE NUNCA OU IGN, PASSAR PARA 1.23.

SE SIM, CONTINUAR EM A:

IDENT.:    

**A.** Você poderia me dizer se algum dos motivos abaixo representou uma razão para você ficar sem tomar alguma dose de algum medicamento:

|                                       | Sim | Não | NA | IGN |                      |
|---------------------------------------|-----|-----|----|-----|----------------------|
| Falta de algum medicamento.....       | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Indicação médica.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Mudança de serviço de saúde.....      | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Melhora na saúde.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Piora na saúde.....                   | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Descanso da medicação.....            | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Tratamento alternativo/caseiro.....   | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Para usar drogas ilícitas.....        | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Para usar bebida alcoólica.....       | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Por esquecimento.....                 | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Por causa da religião.....            | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Pelos horários/esquema de trabalho..  | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Por reações ou efeitos colaterais.... | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |
| Outra(s) razão(ões).....              | 1   | 2   | 8  | 9   | <input type="text"/> |

SE OUTRA(S) RAZÃO(ÕES), ESPECIFICAR:

---



---



---

NA = 88

---

IGN = 99

---

IDENT.:

**1.23.** Você poderia me dizer se algum dos efeitos e/ou reações abaixo aconteceu com o seu tratamento com os antirretrovirais, desde que você o iniciou:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Não aconteceu nenhum.....         | 00001 |
| Cansaço.....                      | 00002 |
| Diarréia.....                     | 00004 |
| Náusea.....                       | 00008 |
| Vômito.....                       | 00016 |
| Azia/dor no estômago.....         | 00032 |
| Dor de cabeça.....                | 00064 |
| Febre.....                        | 00128 |
| Úlceras na boca.....              | 00256 |
| Anemia.....                       | 00512 |
| Insônia.....                      | 01024 |
| Alucinação.....                   | 02048 |
| Pesadelo.....                     | 04096 |
| Alteração do paladar (gosto)..... | 08192 |
| Manchas na pele.....              | 16384 |
| Outro(s).....                     | 32768 |
| Tonteira.....                     | 65536 |
| IGN.....                          | 99999 |

SE OUTRO(S), ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NA = 888

IGN = 999

\_\_\_\_\_

SE NÃO ACONTECEU OU IGN,  
PASSAR PARA 1.24.

SE ACONTECEU ALGUM, CONTINUAR EM A:

IDENT.:

**A.** Você associa este(s) efeito(s) e/ou reação(ões) com algum medicamento antirretroviral do seu tratamento:

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA.....  | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE NÃO OU IGN, PASSAR PARA 1.24.

SE SIM, CONTINUAR EM B:

**B.** Com qual(is) medicamento(s) você associa?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NA = 888888

IGN = 999999

*As próximas perguntas deverão ser respondidas pensando nos **três últimos dias**. Pedir ao(a) participante que relembre como foi sua medicação e alimentação nesses dias.*

*Agora vamos falar de cada medicamento separadamente.*

IDENT.:

**1.24.** Pensando nos três últimos dias (começando de ontem), **QUANTAS VEZES** por dia você tomou os ARV do seu esquema atual:

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

IDENT.:

**1.25.** Pensando nos três últimos dias (começando de ontem), qual foi o **número de comprimidos por dia** que você tomou os ARV do seu esquema atual:

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**

NA = 88

IGN = 99



IDENT.:    

**1.26.** Pensando nos três últimos dias (*começando de ontem*), como foi sua **ALIMENTAÇÃO**, na maioria das vezes, ao tomar os medicamentos antirretrovirais do seu esquema atual:

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)  
NA = 888888 IGN = 999999

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**  
**(Ontem)**

|                      |   |   |   |
|----------------------|---|---|---|
| Estômago cheio..     | 1 | 1 | 1 |
| Refeição leve.....   | 2 | 2 | 2 |
| Est. vazio/jejum..   | 3 | 3 | 3 |
| Est. cheio/jejum.... | 4 | 4 | 4 |
| Est. leve/jejum..... | 5 | 5 | 5 |
| Est. cheio/leve..... | 6 | 6 | 6 |

NA = 8      IGN = 9

**MEDICAMENTO:**  (iniciais)  
NA = 888888 IGN = 999999

**1° DIA      2° DIA      3° DIA**  
**(Ontem)**

|                      |   |   |   |
|----------------------|---|---|---|
| Estômago cheio..     | 1 | 1 | 1 |
| Refeição leve.....   | 2 | 2 | 2 |
| Est. vazio/jejum..   | 3 | 3 | 3 |
| Est. cheio/jejum.... | 4 | 4 | 4 |
| Est. leve/jejum..... | 5 | 5 | 5 |
| Est. cheio/leve..... | 6 | 6 | 6 |

NA = 8      IGN = 9

IDENT.:

|   |                           |               |               |   |  |
|---|---------------------------|---------------|---------------|---|--|
| <b>MEDICAMENTO:</b> _____ (iniciais)<br>NA = 888888                      IGN = 999999 |                           |               |               | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
|   | <b>1° DIA<br/>(Ontem)</b> | <b>2° DIA</b> | <b>3° DIA</b> |   |  |
| Estômago cheio....  | 1                         | 1             | 1             |   |  |
| Refeição leve.....  | 2                         | 2             | 2             | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |
| Est. vazio/jejum....  | 3                         | 3             | 3             |   |  |
| Est. cheio/jejum....  | 4                         | 4             | 4             |   |  |
| Est. leve/jejum....   | 5                         | 5             | 5             |   |  |
| Est. cheio/leve.....  | 6                         | 6             | 6             |   |  |
| NA = 8      IGN = 9   |                           |               |               |   |  |
| <b>MEDICAMENTO:</b> _____ (iniciais)<br>NA = 888888                      IGN = 999999 |                           |               |               | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
|   | <b>1° DIA<br/>(Ontem)</b> | <b>2° DIA</b> | <b>3° DIA</b> |   |  |
| Estômago cheio..  | 1                         | 1             | 1             |   |  |
| Refeição leve.....  | 2                         | 2             | 2             | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |
| Est. vazio/jejum..  | 3                         | 3             | 3             |   |  |
| Est. cheio/jejum....  | 4                         | 4             | 4             |   |  |
| Est. leve/jejum....   | 5                         | 5             | 5             |   |  |
| Est. cheio/leve.....  | 6                         | 6             | 6             |   |  |
| NA = 8      IGN = 9   |                           |               |               |   |  |

**1.27.** Em relação ao seu tratamento com os antirretrovirais, gostaria que você me dissesse como tem sido desde a nossa última entrevista: acompanhamento das tomadas - dose, horário, alimentação junto aos medicamentos:

- A.** Segue tratamento sozinho..... 1  
**B.** Segue sozinho mas tem apoio..... 2  
**C.** Totalmente acompanhado por outra..... 3  
 IGN..... 9

SE B, ESPECIFICAR QUEM (parente, parceiro(a), amigo(a), outro) :

\_\_\_\_\_ NA = 88 IGN = 99

SE C, ESPECIFICAR QUEM :

\_\_\_\_\_ NA = 88 IGN = 99

**1.28.** Em relação ao preenchimento do “Registro Diário”, gostaria que você me dissesse como foi desde a nossa última entrevista:

- A.** Preencheu sozinho..... 1  
**B.** Teve ajuda para preencher..... 2  
**C.** Totalmente preenchido por outra pessoa..... 3  
**D.** Não preenchido..... 8  
 IGN..... 9

SE B, ESPECIFICAR QUEM :

\_\_\_\_\_ NA = 88 IGN = 99

SE C, ESPECIFICAR QUEM :

\_\_\_\_\_ NA = 88 IGN = 99

SE D, ESPECIFICAR MOTIVO:

\_\_\_\_\_ NA = 88 IGN = 99

*Entrevistador(a):  
Encerre a entrevista. Entregue o novo Registro Diário.  
Receba o Registro Diário preenchido. Entregue vale  
transporte e ticket refeição. Entregue cartão de  
agendamento.*

**1.29.** Anotar quem respondeu a esta entrevista:

|                    |   |
|--------------------|---|
| O(a) paciente..... | 1 |
| O responsável..... | 2 |
| Ambos.....         | 3 |
| IGN.....           | 9 |

**1.30.** Data da entrevista:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia      Mês      Ano

**1.31.** Entrevistador(a):

\_\_\_\_\_

**1.30.** Digitador(a):

\_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:



## ANEXO F

### PROJETO **ATAR:** REGISTRO DIÁRIO DE MEDICAMENTO

NÚMERO DE  
ORDEM

NÚMERO DE  
IDENTIFICAÇÃO

**"FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS"  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO  
REGISTRO DIÁRIO DE MEDICAMENTOS

**INSTITUIÇÕES:**  
UFMG / HEM / CTR

**APOIO:**  
OPAS / CN-DST/Aids / CE-DST/Aids-MG / NESCON-UFMG

IDENT.:   

| <b>PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO E TREINAMENTO</b>  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b><u>IDENTIFICAÇÃO</u></b>                   |  |  |  |  |
| 1.0. Número de identificação (IDENT.): _____  |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |
| 1.1. Número de <b>ORDEM</b> : _____           |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |
| 1.2. Local da Pesquisa:                       |  |  |  |  |
| Ambulatório Orestes Diniz.....                |  | 1  | <input type="text"/>   |  |
| Ambulatório do HEM.....                       |  | 2  |  |  |
| <b><u>TREINAMENTO</u></b>                     |  |  |  |  |
| 1.3. Houve treinamento:                       |  |  |  |  |
| Sim.....                                      |  | 1  | <input type="text"/>   |  |
| Não.....                                      |  | 2  |  |  |
| Se NÃO, justificar:                           |  |  |  |  |
| _____ [ ] NA                                  |  |  | <input type="text"/>   |  |
| 1.4. Número de explicações: ____ [ ] NA       |  |  | <input type="text"/>   |  |
| 1.5. Primeira explicação:                     |  |  |  |  |
|   | ARV 1  | ARV 2  | ARV 3  | ARV 4  |
|   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>A. Acerto</b>                              | Sim Não NA   | Sim Não NA   | Sim Não NA   | Sim Não NA   |
|   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |
| Se NÃO, continuar em B: <b>Tipos de erros</b> |  |  |  |  |
| <b>B. Adesivo</b>                             | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |
| <b>C. Turno</b>                               | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |
| <b>D. Horário</b>                             | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |
| <b>E. Dose</b>                                | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |
| <b>F. Refeição</b>                            | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   | 1 2 8 <input type="text"/>   |



IDENT.:    **1.6. Segunda explicação:**

|                  | ARV 1   | ARV 2   | ARV 3   | ARV 4   |
|------------------|---|---|---|---|
|                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>A. Acerto</b> | Sim Não NA  | Sim Não NA  | Sim Não NA  | Sim Não NA  |
|                  | 1 2 8 <input type="text"/>  | 1 2 8 <input type="text"/>  | 1 2 8 <input type="text"/>  | 1 2 8 <input type="text"/>  |

Se NÃO, continuar em B: **Tipos de erros**

|                    |                            |                            |                            |                            |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>B. Adesivo</b>  | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> |
| <b>C. Turno</b>    | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> |
| <b>D. Horário</b>  | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> |
| <b>E. Dose</b>     | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> |
| <b>F. Refeição</b> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> | 1 2 8 <input type="text"/> |

**PARTE 2 - PREENCHIMENTO - 1º RETORNO****2.1. Situação do paciente:**

- Retornou e trouxe o RD..... 1  
 Retornou e não trouxe o RD..... 2  
 Não retornou e trouxe o RD..... 3  
 Não retornou e não trouxe o RD..... 4  
 O RD não foi entregue ao paciente.... 5  
 IGN..... 9

**A. Observações:****2.2. Com relação ao tratamento:**

- Usa os mesmos medicamentos..... 1  
 Houve troca de medicamentos..... 2  
 Houve ajuste de tratamento..... 3  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

**A. Observações:**

IDENT.: \_\_\_\_\_

**2.3. Colagem dos adesivos:**

Correta..... 1

Incorreta, mas permite leitura..... 2

Incorreta e não permite leitura..... 3

NA..... 8

**2.4. Preenchimento correto:**

Sim..... 1

Não..... 2

NA..... 8

Se NÃO, justifique:

\_\_\_\_\_

**2.5. Período:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**2.6. SEGUNDA - FEIRA:**

| Medicamentos   | Manhã   |       |          | Tarde   |       |          | Noite   |       |          |
|----------------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|
|                | Horário | Dose  | Refeição | Horário | Dose  | Refeição | Horário | Dose  | Refeição |
| ARV 1<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 2<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 3<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 4<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |

### 2.7. TERÇA - FEIRA:

IDENT.:

| Medicamentos                  | Manhã                |                      |                      | Tarde                |                      |                      | Noite                |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                               | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             |
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### 2.8. QUARTA - FEIRA:

|                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**2.9. QUINTA - FEIRA:**

**IDENT.:**

| Medicamentos | Manhã   |      |          | Tarde   |      |          | Noite   |      |          |
|--------------|---------|------|----------|---------|------|----------|---------|------|----------|
|              | Horário | Dose | Refeição | Horário | Dose | Refeição | Horário | Dose | Refeição |
| ARV 1        |         |      |          |         |      |          |         |      |          |
| ARV 2        |         |      |          |         |      |          |         |      |          |
| ARV 3        |         |      |          |         |      |          |         |      |          |
| ARV 4        |         |      |          |         |      |          |         |      |          |

**2.10. SEXTA - FEIRA:**

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ARV 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ARV 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ARV 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ARV 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IDENT.:

**2.11. SÁBADO:**

| Medicamentos                  | Manhã                |                      |                      | Tarde                |                      |                      | Noite                |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                               | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Refeição             |
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**2.12. DOMINGO:**

|                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

IDENT.:   **PARTE 3 - PREENCHIMENTO - 2º RETORNO****3.1. Situação do paciente:**

Retornou e trouxe o RD..... 1  
Retornou e não trouxe o RD..... 2  
Não retornou e trouxe o RD..... 3  
Não retornou e não trouxe o RD..... 4  
O RD não foi entregue ao paciente.... 5  
IGN..... 9

**A. Observações:****3.2. Com relação ao tratamento:**

Usa os mesmos medicamentos..... 1  
Houve troca de medicamentos..... 2  
Houve ajuste de tratamento..... 3  
NA..... 8  
IGN..... 9

**A. Observações**

IDENT: 

| 3.3. Colagem dos adesivos:                                |                      | 3.4. Preenchimento correto: |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Correta.....  | 1                    | Sim.....                    | 1                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Incorreta, mas permite leitura.....                       | 2                    | Não.....                    | 2                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Incorreta e não permite leitura.....                      | 3                    | NA.....                     | 8                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| NA.....   | 8                    | Se NÃO, justifique:         |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                                      |                      |                             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 3.5. Período: <input type="text"/> a <input type="text"/> |                      |                             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 3.6. SEGUNDA - FEIRA :                                    |                      |                             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Medicamentos  | Manhã                |                             |                      | Tarde                |                      |                      | Noite                |                      |                      |
|   | Horário              | Dose                        | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             |
| ARV 1<br><input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### 3.7. TERÇA - FEIRA:

IDENT.:

| Medicamentos                  | Manhã                |                      |                      | Tarde                |                      |                      | Noite                |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                               | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             | Horário              | Dose                 | Refeição             |
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### 3.8. QUARTA - FEIRA:

|                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ARV 1<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 2<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 3<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ARV 4<br><input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



### 3.9. QUINTA - FEIRA:

IDENT.: \_\_\_\_\_

| Medicamentos   | Manhã   |       |          | Tarde   |       |          | Noite   |       |          |
|----------------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|
|                | Horário | Dose  | Refeição | Horário | Dose  | Refeição | Horário | Dose  | Refeição |
| ARV 1<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 2<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 3<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |
| ARV 4<br>_____ | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    | _____   | _____ | _____    |

### 3.10. SEXTA - FEIRA:

|                |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ARV 1<br>_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ARV 2<br>_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ARV 3<br>_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ARV 4<br>_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

### 3.11. SÁBADO:

IDENT.: \_\_\_\_\_

| Medicamentos       | Manhã     |       |          | Tarde     |       |          | Noite     |       |          |
|--------------------|-----------|-------|----------|-----------|-------|----------|-----------|-------|----------|
|                    | Horário   | Dose  | Refeição | Horário   | Dose  | Refeição | Horário   | Dose  | Refeição |
| ARV 1<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      |
| ARV 2<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      |
| ARV 3<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      |
| ARV 4<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _      |

### 3.12. DOMINGO:

|                    |           |       |     |           |       |     |           |       |     |
|--------------------|-----------|-------|-----|-----------|-------|-----|-----------|-------|-----|
| ARV 1<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ |
| ARV 2<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ |
| ARV 3<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ |
| ARV 4<br>_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ |

IDENT.:

**3.13.** Responsável pelo preenchimento:

\_\_\_\_\_

**3.14.** Data do preenchimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3.15.** Responsável pela digitação:

\_\_\_\_\_

**3.16.** Data da digitação:






































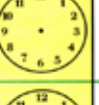





















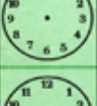







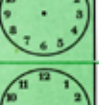

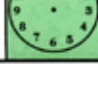

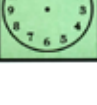

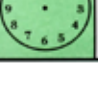

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_






























































































**3.17.** Observações:

\_\_\_\_\_

# REGISTRO DIÁRIO DO USO DE MEDICAÇÃO

IDENT: \_\_\_\_\_ DATA: DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

| DIAS DA SEMANA | ADESIVOS DOS MEDICAMENTOS | MANHÃ  |      |   | TARDE  |      |   | NOITE  |      |   |
|----------------|---------------------------|---|------|---|---|------|---|---|------|---|
|                |                           | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO  | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO  | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO  |
| 2ª SEGUNDA     |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
| 3ª TERÇA       |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |       |      |  |       |      |  |       |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
| 4ª QUARTA      |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |

| DIAS DA SEMANA | ADESIVOS DOS MEDICAMENTOS | MANHÃ  |      |   | TARDE  |      |   | NOITE  |      |  |
|----------------|---------------------------|---|------|---|---|------|---|---|------|--|
|                |                           | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO  | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO  | HORÁRIO   | DOSE | REFEIÇÃO   |
| 5ª QUINTA      |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
| 6ª SEXTA       |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
|                |                           |        |      |    |        |      |    |        |      |    |
| SÁBADO         |                           |       |      |   |       |      |   |       |      |   |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
| DOMINGO        |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |
|                |                           |      |      |  |      |      |  |      |      |  |





## ANEXO G

### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS



COLE A ETIQUETA:  
NÚMERO DE ORDEM

COLE A ETIQUETA:  
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

**“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS”  
BELO HORIZONTE - 2001 A 2002**

**“FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE DISPENSAÇÃO DE  
ANTIRRETROVIRAIS”**

INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR

IDENT.:

## PARTE 1 - INFORMAÇÕES GERAIS

1.0 IDENTIFICAÇÃO (IDENT.):

1.1 Número de ORDEM:

1.2 Data de nascimento:

1.3 Sexo

Masculino.....1

Feminino.....2

IGN.....9

1.4 Local da pesquisa:

O. Diniz.....1

HEM.....2

1.5 Número do prontuário:  [ ] IGN

1.6 Número do DIP:  [ ] NA [ ] IGN

1.7 Cadastro no SICLOM:

Sim.....1

Não.....2

IGN.....9

1.8 Data da primeira prescrição de antirretrovirais:

A - Especificar esquema:

B - Liberação de antirretrovirais pela Comissão do Consenso:

Sim.....1

Não.....2

IGN.....9






Se sim, especificar data:






[ ] NA [ ] IGN






IDENT.: **PARTE 2 - DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS (ARV)**

|   | Data:                | ARV:   | Dose (mg):   | Quant.:  | Esquema:             |
|---|----------------------|--|--|--|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |

IDENT.:               

7     

8     

9     

10 

11 

12     

IDENT.:

**PARTE 2 - DISPENSAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS (ARV) Cont.**

|    | Data:                | ARV:                 | Dose (mg):           | Quant.:              | Esquema:             |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 13 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| 14 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| 15 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| 16 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

IDENT:

### PARTE 3 - SÍNTESE DOS DADOS

|   |  |
|---|--|
| <p>3.0 Retorno todos os meses:</p> <p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>Se não, especificar motivo: _____</p> <p style="text-align: right;">[ ] NA [ ] IGN</p>  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> |
| <p>3.1 Período superior a 30 dias sem receber medicamentos:</p> <p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>Se sim, especificar motivo: _____</p> <p style="text-align: right;">[ ] NA [ ] IGN</p>   | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> |
| <p>3.2 Troca do esquema terapêutico:</p> <p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>Se sim, especificar número de trocas: _____</p> <p style="text-align: right;">NA = 8    IGN = 9</p>   | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> |
| <p>3.3 Interrupção da dispensação:</p> <p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>Se sim, especificar motivo:</p> <p>Transferência.....1</p> <p>Óbito.....2</p> <p>Fila.....3</p> <p>Outro(s).....4</p> <p>NA.....8</p> <p>IGN .....9</p> <p>Se outro (s), especificar _____ [ ] NA</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> |
| <p>3.4 Observações:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right;">[ ] NA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>   |  |
| <p>3.5 Preenchido por: _____ <input type="text"/> Data: __/__/__ <input type="text"/></p>   |  |
| <p>3.6 Resp. pela digitação: _____ <input type="text"/> Data: __/__/__ <input type="text"/></p>   |  |



## **ANEXO H**

### **PROJETO ATAR: FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE FONTE SECUNDÁRIA**



---

COLE A ETIQUETA:  
NÚMERO DE ORDEM

---

---

COLE A ETIQUETA:  
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

---

---

"FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM  
INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS"  
BELO HORIZONTE - 2001 A 2002

---

---

FORMULÁRIO PARA COLETA DE  
DADOS DE FONTE SECUNDÁRIA

---

**Instituições:**  
UFMG / CTR/DIP / HEM

Instruções:

1. Transcreva no formulário a existência ou não dos dados solicitados.
2. Preencha as caselas e espaços com a marca (x), letras ou números apropriados.  
Não deixe nenhuma questão em branco. Quando a informação não estiver disponível, registre.
3. Lembre-se de que a informação que você registra é absolutamente confidencial.

---

[ ] DIP    [ ] SAME HCL    [ ] SAME HEM

IDENT.:

| <i>Atenção! Preencher segundo a origem das questões:</i> |         |      |            |    |     |                      |
|--|---------|------|------------|----|-----|----------------------|
|  | Triagem | SCIH | Prontuário | NA | IGN |                      |
|  | 1       | 2    | 3          | 8  | 9   |                      |
| 1.3a.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.4b.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.5c.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.6d.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.7e.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.8f.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.9g.....  |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.10h.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.11i.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.12j.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.13l.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.14m.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.15n.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.16o.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.17p.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.18q.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.19r.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.20s.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.21t.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.22u.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.23v.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.24x.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.25w.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |
| 1.26z.....   |         |      |            |    |     | <input type="text"/> |

IDENT.:               

## PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO E HISTÓRIA PREGRESSA

**1.0. Número de Ident.:** \_\_\_\_\_ **Número de Ordem:** \_\_\_\_\_

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

**1.1. Local da pesquisa:**

|               |   |
|---------------|---|
| O. DINIZ..... | 1 |
| HEM.....      | 2 |
| Ambos.....    | 3 |
| Outros.....   | 4 |

Se Outro(s): Especificar: \_\_\_\_\_ [ ] NA

1

---

1.2. Número prontuário: SAME HCL

SAME HEM

DIP

\_\_\_\_\_

## Outro

\_\_\_\_\_

## **DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

**1.3.** Data de nascimento:      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
                                      dia   mês   ano

A horizontal number line with 10 tick marks, labeled 1 through 10.

**1.4. Idade completa (em anos):**

\_\_\_\_\_

|                   |                |   |
|-------------------|----------------|---|
| <b>1.5. Sexo:</b> | Masculino..... | 1 |
|                   | Feminino.....  | 2 |
|                   | IGN.....       | 9 |

1

|                   |             |   |
|-------------------|-------------|---|
| 1.6. Cor da pele: | Branca..... | 1 |
|                   | Preta.....  | 2 |
|                   | Outra.....  | 3 |
|                   | IGN.....    | 9 |

1

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>1.7. Estado civil/marital:</b> |   |
| Solteiro(a).....                  | 1 |
| Casado(a).....                    | 2 |
| Separado(a)/divorciado(a).....    | 3 |
| Viúvo(a).....                     | 4 |
| União.....                        | 5 |
| IGN.....                          | 9 |

L

**1.8. Ocupação** [ ] IGN

IDENT.: 1.9. Município de residência:  ☐ IGN

1.10. Escolaridade formal:

Nenhuma.....00  
 I grau .....01 02 03 04 05 06 07 08  
 II grau .....09 10 11  
 Superior incompleto.....12  
 Superior completo.....13  
 Alfabetização de adultos.....14  
 Outra.....16  
 IGN.....99

SE OUTRA ESPECIFICAR:  ☐ NA

1.11. Renda individual mensal:

salários mínimos  reais  
☐ NA ☐ IGN ☐ NA ☐ IGN

1.12. Condições de cobertura assistencial:

Apenas SUS..... 1  
 Mista..... 2  
 IGN..... 9

SE MISTA, ESPECIFICAR :  ☐ NA**POSSÍVEIS FONTES DE INFECÇÃO**

|  | Sim | Não | NS | NR | NA | IGN |
|--|-----|-----|----|----|----|-----|
| 1.13. Hemofílico:.....                     | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.14. Transfusão (inc. hemodiálise).....   | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.15. Relação sexual c/ infectado HIV..... | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.16. Relação sexual com homens.....       | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.17. Relação sexual com mulheres.....     | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.18. Uso de drogas injetáveis.....        | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.19. Uso compartilhado de seringa.....    | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.20. Ocupacional:.....                    | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.21. Vertical:.....                       | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |
| 1.22. Outro(s).....                        | 1   | 2   | 3  | 7  | 8  | 9   |

SE OUTRO(S), ESPECIFICAR:

 ☐ NA

IDENT.:

**1.23. Finalidade do encaminhamento:**

Para diagnóstico..... 02  
 Para acompanhamento/tratamento..... 04  
 Confirmar teste realizado em outro local..... 08  
 Outra..... 16  
 NR..... 77  
 IGN..... 99

SE OUTRA ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

☐ NA

**1.24. Encaminhado a este serviço por:**

Iniciativa própria..... 1  
 Solicitação de profissional de saúde..... 2  
 Banco de sangue com exame positivo..... 3  
 COAS/CTA..... 4  
 Outra forma..... 5  
 NR..... 7  
 IGN..... 9

SE OUTRA ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

☐ NA

**1.25. Data do **PRIMEIRO** exame **POSITIVO** para o **HIV** :**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dia      Mês      Ano    ☐ NR    ☐ IGN

**1.26. Há registro de notificação?**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
                          Dia      Mês      Ano    ☐ NA    ☐ NR    ☐ IGN

**1.27. Responsável pelo preenchimento:**

TRIAGEM: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**1.28. Responsável pela digitação do formulário:**

\_\_\_\_\_

**1.29. Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

IDENT.: 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1.30. Internação ANTERIOR à primeira consulta:</b>  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I. Data entrada:</b> ____/____/____ <b>Data saída:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> IGN<br><input type="checkbox"/> NR   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnósticos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tratamentos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR   | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>II. Data entrada:</b> ____/____/____ <b>Data saída:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> IGN<br><input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnósticos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tratamentos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR   | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>III. Data entrada:</b> ____/____/____ <b>Data saída:</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> IGN<br><input type="checkbox"/> NR |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnósticos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tratamentos: _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR   | (relacionados à Aids) _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| _____ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NR  |   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IDENT.: **PARTE 2 - PRIMEIRA CONSULTA****2.0. Data da PRIMEIRA consulta nesse serviço:**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ IGN**2.1. Classificação clínica inicial do paciente registrada no prontuário:**

|                   |                    |                              |
|-------------------|--------------------|------------------------------|
| <b>Clínica</b>    | <b>Imunológica</b> |                              |
| Categoria A.....1 | 1.....1            |                              |
| Categoria B.....2 | 2.....2            | <input type="checkbox"/> NR  |
| Categoria C.....3 | 3.....3            | <input type="checkbox"/> IGN |
| Outra.....4       | Outra....4         |                              |

Se OUTRA, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**2.2. Reclassificação clínica inicial do paciente:**

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| <b>Clínica</b>    | <b>Imunológica</b> |
| Categoria A.....1 | 1.....1            |
| Categoria B.....2 | 2.....2            |
| Categoria C.....3 | 3.....3            |
| IGN.....9         | IGN.....9          |

**2.3. Dx(s) relacionados à Aids registrado(s) na primeira consulta:****Diagnóstico****Tipo**

I. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

II. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

III. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

IV. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

V. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

☐ NA ☐ IGN

1 = dx clínico 2 = dx laboratorial 3 = ambos 4 = hipótese diagnóstica

☐ NA ☐ IGN**2.4. Subtotal de dx(s) relacionados à Aids:** \_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

IDENT.:

**2.5. OUTRO(S) diagnóstico(s) registrados na PRIMEIRA consulta:**

| Diagnóstico                 | Tipo    |  |
|-----------------------------|---------|--|
| I. _____                    | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| II. _____                   | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| III. _____                  | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| IV. _____                   | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| V. _____                    | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| VI. _____<br>[ ] NA [ ] IGN | 1 2 3 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

1 = dx clínico 2 = dx laboratorial 3 = ambos 4 = hipótese diagnóstica  
[ ] NA [ ] IGN

**2.6. Sub-total de outro(s) diagnóstico(s):** \_\_\_\_\_ [ ] NA [ ] IGN

**2.7. Total de dx(s) na PRIMEIRA consulta:** \_\_\_\_\_ [ ] NA [ ] IGN

**2.8. Há registro de tratamento na PRIMEIRA consulta diferente do ARV?**

|                                   |    |   |
|-----------------------------------|----|---|
| Não houve.....                    | 01 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Medicamento.....                  | 02 |   |
| Profilaxia Primária.....          | 04 |   |
| Manutenção Secundária.....        | 08 |   |
| Profilaxia sem especificação..... | 16 |   |
| IGN.....                          | 99 |   |

SE SIM, CONTINUAR EM A. SE NÃO, PASSAR PARA 2.9.



IDENT.:

**A. Reclassificação** de tratamento na **PRIMEIRA** consulta diferente do ARV?

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Medicamento.....                  | 02 |
| Profilaxia Primária.....          | 04 |
| Manutenção Secundária.....        | 08 |
| Profilaxia sem especificação..... | 16 |
| NA.....                           | 88 |
| IGN.....                          | 99 |

**2.9.** Medicamento(s) registrado(s) na **PRIMEIRA** consulta diferente do ARV:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN

**2.10.** Total da codificação de **GRUPOS** de medicamentos na **PRIMEIRA** consulta (a ser preenchido posteriormente):

\_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN

**Observações:**

IDENT.:

**2.11. PRIMEIRA** contagem de Linfócito T **registrada** no prontuário:

**A.** Data da **COLETA** do exame:

/  /  ☐ NA ☐ IGN  
Dia Mês Ano

**B.** CD4: Abs:  ☐ NA ☐ IGN

%:  ☐ NA ☐ IGN

**C.** CD8: Abs:  ☐ NA ☐ IGN

%:  ☐ NA ☐ IGN

**2.12. PRIMEIRA** Carga Viral **registrada** no prontuário:

**A.** Data da **COLETA** do exame:

/  /  ☐ NA ☐ IGN  
Dia Mês Ano

**B.** Resultado:  cópias/ml ☐ NA

SE INDETECTÁVEL..... 0000000

SE MENOR QUE 80 CÓPIAS/ML..... 4444444

SE MENOR QUE 400 CÓPIAS/ML..... 5555555

SE OUTRA FORMA..... 6666666

SE OUTRA, ESPECIFICAR:

☐ NA ☐ IGN

log ☐ NA ☐ IGN

**C.** Método utilizado:  ☐ NA ☐ IGN

IDENT.: \_\_\_\_\_

**PARTE 3 - PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DE ARV****3.0. Data da PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV:**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ IGN

\_\_\_\_\_

**A. Indicar se **datas** da 1a consulta e 1a prescrição são iguais:**

Sim....1 Não....2 IGN....9

\_\_\_\_\_

**3.1. ESQUEMA de ARV prescrito:** \_\_\_\_\_ ☐ NR

\_\_\_\_\_

**3.2. Classificação clínica na PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV registrada no prontuário:****Clínica****Imunológica**

Categoria A.....1

1.....1

Categoria B.....2

2.....2

☐ NR

Categoria C.....3

3.....3

☐ IGN

Outra.....4

Outra....4

SE OUTRA, ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.3. Reclassificação clínica na PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV:****Clínica****Imunológica**

Categoria A.....1

1.....1

Categoria B.....2

2.....2

Categoria C.....3

3.....3

IGN.....9

IGN.....9

\_\_\_\_\_

**3.4. Dx(s) relacionados à Aids registrado(s) entre a primeira consulta e a primeira prescrição de ARV:****Data****Diagnóstico****Tipo**

I. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

III. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

IV. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

V. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

VI. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN1 = dx clínico 2 = dx laboratorial 3 = ambos 4 = hipótese diagnóstica ☐ NA ☐ IGN

IDENT.:

3.5. Subtotal de dx(s) relacionados à Aids:  ☐ NA ☐ IGN

3.6. OUTRO(S) diagnósticos registrado(s) entre a primeira consulta e a primeira prescrição de ARV:

|       | Data                 | Diagnóstico          | Tipo  |
|-------|----------------------|----------------------|---|
| I.    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| II.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| III.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| IV.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| V.    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VI.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VII.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VIII. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| IX.   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| X.    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |

☐ NA ☐ IGN

1 = dx clínico 2 = dx laboratorial 3 = ambos 4 = hipótese diagnóstica

☐ NA ☐ IGN

3.7. Subtotal de outro(s) diagnóstico(s):  ☐ NA ☐ IGN

3.8. Total de diagnósticos entre a primeira consulta e a primeira prescrição:

☐ NA ☐ IGN

**3.9.** Há **registro** de tratamento diferente do ARV entre a **primeira** consulta e a **primeira prescrição** de ARV?

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Não houve.....                    | 01 |
| Medicamento.....                  | 02 |
| Profilaxia Primária.....          | 04 |
| Manutenção Secundária.....        | 08 |
| Profilaxia sem especificação..... | 16 |
| NA.....                           | 88 |
| IGN.....                          | 99 |

*SE SIM, CONTINUAR EM A. SE NÃO, PASSAR PARA 3.10.*

**A.** **Reclassificação** de tratamento diferente do ARV entre a **primeira** consulta e a **primeira prescrição** de ARV:

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Medicamento.....                  | 02 |
| Profilaxia Primária.....          | 04 |
| Manutenção Secundária.....        | 08 |
| Profilaxia sem especificação..... | 16 |
| NA.....                           | 88 |
| IGN.....                          | 99 |

**3.10.** Medicamento(s) (diferente do ARV) **registrados** entre a **PRIMEIRA** consulta e a **PRIMEIRA PRESCRIÇÃO** de ARV:

|       |   |
|-------|---|
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

☐ NA ☐ IGN

IDENT.:

**3.11. Total da codificação de GRUPOS de medicamento entre a PRIMEIRA consulta e a PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV:**

----- ☐ NA ☐ IGN

**3.12. PRIMEIRA contagem de Linfócito T ANTERIOR à PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV:**

**A. Data da COLETA do exame:**

/  /  ☐ NA ☐ IGN  
Dia Mês Ano

**B. CD4: Abs:**  ☐ NA ☐ IGN

%:  ☐ NA ☐ IGN

**C. CD8: Abs:**  ☐ NA ☐ IGN

%:  ☐ NA ☐ IGN

**3.13. PRIMEIRA Carga Viral ANTERIOR à PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV:**

**A. Data da COLETA do exame:**

/  /  ☐ NA ☐ IGN  
Dia Mês Ano

**B. Resultado:**  cópias/ml ☐ NA

SE INDETECTÁVEL..... 0000000

SE MENOR QUE 80 CÓPIAS/ML..... 4444444

SE MENOR QUE 400 CÓPIAS/ML..... 5555555

SE OUTRA FORMA..... 6666666

SE OUTRA, ESPECIFICAR:

☐ NA ☐ IGN

log ☐ NA ☐ IGN

**C. Método utilizado:**  ☐ NA ☐ IGN

IDENT.:               

## PARTE 4 - ACOMPANHAMENTO PÓS-PRIMEIRA PRESCRIÇÃO DE ARV

**4.0. Data da ÚLTIMA consulta (até 12 meses após a primeira prescrição de ARV):**

/ / [ ] IGN

\_\_\_\_\_

**4.1. Classificação clínica FINAL do paciente registrada no prontuário:**

## Clínica

**Imunológica**

Categoria A.....1

1.....1

Categoria B.....2

2.....2

[1] NR

Categoria C.....3

3.....3

[ ] IGN

Outra.....4

Outra...4

SE OUTRA, ESPECIFICAR:

**4.2. Reclassificação clínica FINAL do paciente:**

## Clínica

Imunológica

Categoria A.....1

1.....1

Categoria B.....2

2.....2

Categoria C.....3

3.....3

**4.3. Dx(s) relacionados à Aids registrado(s) entre a primeira prescrição de ARV e a última consulta:**

## Data

## Diagnóstico

### Tipo

1. \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 \_\_\_\_\_

II. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 1 2 3 4 

|  |
|--|
|  |
|--|

III. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 1 2 3 4 

|  |
|--|
|  |
|--|

IV. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 1 2 3 4 

|  |
|--|
|  |
|--|

v. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 1 2 3 4 

|  |
|--|
|  |
|--|

vi. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 1 2 3 4 

|  |
|--|
|  |
|--|

[ ] NA [ ] IGN

1 = dx clínico    2 = dx laboratorial    3 = ambos    4 = hipótese diagnóstica

☐ NA    ☐ IGN

IDENT.:

4.4. Subtotal de diagnósticos **relacionados à Aids:**  ☐ NA ☐ IGN

4.5. **OUTRO(S)** diagnósticos **registrado(s)** entre a **primeira prescrição** de ARV e a **última** consulta:

| Data                       | Diagnóstico          | Tipo  |
|----------------------------|----------------------|---|
| I. <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| II. <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| III. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| IV. <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| V. <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VI. <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VII. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| VIII. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| IX. <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |
| X. <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1 2 3 4 <input type="text"/> |

☐ NA ☐ IGN

1 = dx clínico 2 = dx laboratorial 3 = ambos 4 = hipótese diagnóstica

☐ NA ☐ IGN

4.6. Subtotal de **outro(s) diagnóstico(s):**  ☐ NA ☐ IGN

4.7. Total de diagnósticos entre a **primeira prescrição** de ARV e a **última** consulta:

☐ NA ☐ IGN



IDENT.:

**4.8. Há registro de tratamento diferente do ARV entre a primeira prescrição de ARV e a última consulta?**

Não houve..... 01  
 Medicamento..... 02  
 Profilaxia Primária..... 04  
 Manutenção Secundária..... 08  
 Profilaxia sem especificação..... 16  
 NA..... 88  
 IGN..... 99

*SE SIM, CONTINUAR EM A. SE NÃO, PASSAR PARA 4.9.*

**A. Reclassificação de tratamento diferente do ARV entre a primeira prescrição de ARV e a última consulta:**

Medicamento..... 02  
 Profilaxia Primária..... 04  
 Manutenção Secundária..... 08  
 Profilaxia sem especificação..... 16  
 NA..... 88  
 IGN..... 99

**4.9. Medicamento(s) (diferente do ARV) registrados entre a PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV e a última consulta:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN

IDENT.:               

|  |             |
|--|-------------|
| <p><b>4.10.</b> Total da codificação de <b>GRUPOS</b> de medicamentos entre a <b>PRIMEIRA PRESCRIÇÃO</b> de ARV e a <b>última</b> consulta: _____ NA IGN</p>   | <div></div> |
| <p><b>4.11. ÚLTIMA</b> contagem de Linfócito T:</p> <p><b>A.</b> Data da <b>COLETA</b> do exame:</p> <p>_____/_____/_____<br/>Dia      Mês      Ano</p> <p>[ ] NA [ ] IGN</p>  | <div></div> |
| <p><b>B.</b> CD4: Abs: _____ [ ] NA [ ] IGN</p> <p>%: _____, _____ [ ] NA [ ] IGN</p>  | <div></div> |
| <p><b>C.</b> CD8: Abs: _____ [ ] NA [ ] IGN</p> <p>%: _____, _____ [ ] NA [ ] IGN</p>  | <div></div> |
| <p><b>4.12. ÚLTIMA</b> Carga Viral:</p> <p><b>A.</b> Data da <b>COLETA</b> do exame:</p> <p>_____/_____/_____<br/>Dia      Mês      Ano</p> <p>[ ] NA [ ] IGN</p>  | <div></div> |
| <p><b>B.</b> Resultado: _____ cópias/ml [ ] NA</p> <p>SE INDETECTÁVEL..... 0000000</p> <p>SE MENOR QUE 80 CÓPIAS/ML..... 4444444</p> <p>SE MENOR QUE 400 CÓPIAS/ML..... 5555555</p> <p>SE OUTRA FORMA..... 6666666</p> <p>SE OUTRA, ESPECIFICAR:</p> <p>_____ [ ] NA [ ] IGN</p> <p>_____ log [ ] NA [ ] IGN</p> | <div></div> |
| <p><b>C.</b> Método utilizado: _____ [ ] NA [ ] IGN</p>  | <div></div> |

IDENT.:

**4.13.** Há registro de **EFEITOS COLATERAIS** entre a **PRIMEIRA** PRESCRIÇÃO de ARV e a **ÚLTIMA** consulta?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

*SE SIM, INDIQUE OS EVENTOS. SE NÃO, PASSAR PARA 4.15.*

| A. Data                  | Evento               | Tipo                 |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

IDENT.:               

**19.**   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|     \_\_\_\_\_     |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|     |\_|

SE OUTRO(S) EVENTO(S), ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ [ ] NA [ ] IGN

1...se for registrado evento dos ARV    2...se for registrado evento devido a outros medicamentos  
3... se não há especificação do medicamento    ☐ NA    ☐ IGN

4.14. Total de eventos: \_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN .

**4.15.** Soma dos códigos dos eventos: \_\_\_\_\_ ☐ NA ☐ IGN   

**4.16. Há registro de TROCA de algum ARV entre a PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV e a ÚLTIMA consulta?**

|          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| IGN..... | 9 |

SE SIM, INDIQUE O(S) ARV. SE NÃO, PASSAR PARA 4.17.

| A. Data  | DE:                  | Para:                |
|--|----------------------|----------------------|
| 1. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. <input type="text"/>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> IGN |                      |                      |

IDENT.:

**4.17. Há registro do(s) MOTIVO(s) para a(s) troca(s)**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR:

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

**4.18. Há registro de AJUSTE DE DOSE de algum ARV entre a PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV e a ÚLTIMA consulta?**

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, INDIQUE QUAL O(S) ARV. SE NÃO, PASSAR PARA 4.20.

| A. | Data                        | Dose1                        | Quant1               | Hor1                 | Dose2                | Quant2               | Hor2                 |
|----|-----------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/>        | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/>        | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/>        | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/>        | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> IGN |                      |                      |                      |                      |                      |

Dose = concentração do ARV, seguido de mg ou ml.

Hor 1 e 2 (Horário) = número de tomadas por dia do ARV.

IDENT.:

**4.19.** Há registro(s) do **MOTIVO(s)** para o(s) ajuste(s)?

Sim..... 1  
 Não..... 2  
 NA..... 8  
 IGN..... 9  
 SE SIM, ESPECIFICAR:

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

----- ☐ NA ☐ IGN

☐ NA ☐ IGN

**4.20.** Há registro de **NÃO ADESÃO** a algum ARV entre a **PRIMEIRA PRESCRIÇÃO** de ARV e a **ÚLTIMA** consulta?

Sim.....1  
 Não..... 2  
 IGN..... 9

SE SIM, INDIQUE ARV/ESQUEMA E TIPO. SE NÃO, PASSAR PARA PARTE 5.

**A.** ARV/Esquema

**Tipo:**

**Data**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

☐ NA ☐ IGN

**Atenção!**

Se houver registro de não adesão genérico (sem indicação de qual ARV ou esquema) = código "777777".

IDENT.:

**Tipo:**

01 = Não se aplica

02 = Deixou de tomar algum ARV um dia inteiro

04 = Deixou de tomar todo o esquema um dia inteiro

08 = Deixou de tomar alguma dose de algum ARV pelo menos uma vez

16 = Interrompeu o uso de algum ARV por pelo menos um mês

32 = Interrompeu o uso do esquema por pelo menos um mês

64 = Deixou de tomar algum ARV nos três dias anteriores à consulta

128 = Deixou de tomar alguma dose de algum ARV nos três dias anteriores à consulta

256 = Deixou de seguir a dieta junto com os ARV nos três dias anteriores à consulta

512 = Outro tipo

**SE OUTRO(S) TIPO(S), ESPECIFICAR:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**B. Há registro do(s) MOTIVO(S) de não ter tomado algum ARV mencionado em A?**

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. <input type="text"/> | <input type="text"/> |

☐ NA   ☐ IGN

**Observações:**

IDENT.: 

| <b>PARTE 5 - ATENÇÃO HOSPITALAR RECEBIDA/OUTROS REGISTROS</b>   |  |   |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
|---|--|---|-------------|------|--|--|---|---|--|---|--|--|---|---|--|---|--|--|---|--|--|--|
| <p><b>5.0. Há registro de encaminhamento/internação hospitalar entre a PRIMEIRA PRESCRIÇÃO de ARV e a ÚLTIMA consulta?</b></p> <p style="margin-left: 40px;">Sim.....1<br/>Não..... 2<br/>IGN..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;">SE SIM, INDIQUE. SE NÃO, PASSAR PARA 5.1.</div>  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  |   |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: left;">A. Data</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Diagnóstico</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Tipo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I. <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>II. <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>III. <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>IV. <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>V. <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>[ ] NA</span> <span>[ ] IGN</span> </div> </td> </tr> </tbody> </table> |  | A. Data   | Diagnóstico | Tipo | I. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | II. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | III. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | IV. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | V. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>[ ] NA</span> <span>[ ] IGN</span> </div> |  |  |
| A. Data   | Diagnóstico  | Tipo  |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| I. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| II. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>   |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| III. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| IV. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>   |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| V. <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  |  | <input style="width: 40px;" type="text"/> 1 2 3 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>[ ] NA</span> <span>[ ] IGN</span> </div>  |  |   |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |
| <p><b>5.1. Há registro de ÓBITO?</b></p> <p style="margin-left: 40px;">Sim.....1<br/>Não..... 2<br/>IGN..... 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;">SE SIM, INDIQUE. SE NÃO, PASSAR PARA 5.2.</div> <p style="margin-top: 20px;">A. Data do óbito: ____/____/____ [ ] NA [ ] IGN</p> <p style="margin-top: 10px;">B. Causa do óbito: _____ [ ] NR [ ] NA [ ] IGN</p>   | <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><br/><br/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> |   |             |      |  |  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |   |  |  |   |  |  |  |



IDENT.:               

|   |   |
|---|---|
| <p><b>5.2. Há registro de TRANSFERÊNCIA para outro serviço de saúde (local ou outro município) após o INÍCIO DE TRATAMENTO DO ARV?</b></p> <p style="text-align: right;"> Sim..... 1<br/> Não..... 2<br/> IGN..... 9 </p> | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>   |
| <p><b>A. Houve RETORNO do paciente ao serviço?</b></p> <p style="text-align: right;"> Sim..... 1<br/> Não..... 2<br/> NA..... 8<br/> IGN..... 9 </p>  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>   |
| <p><b>5.3. Número de consultas médicas à partir da PRESCRIÇÃO DE ARV:</b></p> <p>Infectologista/clínico: _____ Especialidades: _____</p> <p>Total: _____ [ ] IGN</p>  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |
| <p><b>5.4. Ocorreu um INTERVALO maior que SEIS MESES entre consultas à partir da PRESCRIÇÃO DE ARV?</b></p> <p style="text-align: right;"> Sim..... 1<br/> Não..... 2<br/> IGN..... 9 </p>                                | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>   |
| <p><b>A. Há registro do(s) MOTIVO(s) da ocorrência deste intervalo?</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>[ ] NA [ ] IGN</p>   |   |



IDENT.: \_\_\_\_\_

| DATAS:        | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T | ___/___/___ | T |
|---------------|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|
| Triglicérides |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| ASAT (TGO)    |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| ALAT (TGP)    |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| FA            |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| UREIA         |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| CREATININA    |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| GLICOSE       |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| AMILASE       |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| HBsAg         |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| Anti-HBs      |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| Anti-HBc      |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| HCV           |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| VDRL          |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |
| PPD           |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |

Nota: Tipo: 1. Coleta 2. Resultado 7. NR 8. NA 9. IGN  
PPD = Nrg (não reagente)

Observações:

## ANEXO I

### PROJETO **ATAR**: FORMULÁRIO PARA TRANSCRIÇÃO DA PLANILHA DE EXAMES LABORATORIAIS

NÚMERO DE  
ORDEM

NÚMERO DE  
IDENTIFICAÇÃO

**“FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**FORMULÁRIO PARA TRANSCRIÇÃO DA  
PLANILHA DE EXAMES LABORATORIAIS**

**INSTITUIÇÕES:**  
UFMG / HEM / CTR

**APOIO:**  
OPAS / CN-DST/Aids

IDENT: **PARTE 6 - EXAMES LABORATORIAIS**6.0. IDENT.     ORDEM:    

6.1. Local: Ambulatório Orestes Diniz..... 1  
 Ambulatório do HEM..... 2   
 Outro..... 4

**6.2. LINFÓCITOS T:**

|     | A.Data               | B.Tipo               | C.CD4ab              | C.CD4ab              | E.CD8ab              | F.CD8rel             |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.3. Carga Viral:**

|    | A. Data              | B.Tipo               | C.Valor abs          | D. Log               |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  | A. Data | B.Tipo | C.Valor abs | D. Log |
|--|---------|--------|-------------|--------|
|--|---------|--------|-------------|--------|

|     |                      |                      |                      |                      |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 6.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

#### 6.4. Eritrograma e Plaquetas:

|     | A. Data              | B.Tipo               | C.Hc                 | D. Hg                | E.Hct                | F.Plaq               |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.5. Leucograma:**

|     | A.Data               | B.Tipo               | C.Lt                 | D.N%                 | E.L%                 | F.M%                 | G.E%                 | H.B%                 |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.6. Lípides Totais:**

|    | A. Data              | B.Tipo               | C.HDL                | D.LDL                | E.VLDL               | F.DLt                | G.Trigl              |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



6.7. Função Hepática:

|     | A. Data  | B.Tipo | C. ASAT | D. ALAT | E. FA |
|-----|----------|--------|---------|---------|-------|
| 1.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 2.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 3.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 4.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 5.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 6.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 7.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 8.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 9.  | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 10. | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |
| 11. | □□□□□□□□ | □      | □□□□    | □□□□    | □□□□  |

6.8. Função renal:

|     | A. Data  | B.Tipo | C. Ureia | D.Creatinina |
|-----|----------|--------|----------|--------------|
| 1.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 2.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 3.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 4.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 5.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 6.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 7.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 8.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 9.  | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 10. | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |
| 11. | □□□□□□□□ | □      | □□□      | □□□          |

**6.9. Glicose:**

|    | A. Data              | B.Tipo               | C.Valor              |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.10. Amilase:**

|     | A. Data              | B.Tipo               | C.Valor              |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9.  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.11. Hepatite:**

|    | A. Data              | B.Tipo               | C.HBsAG              | D.Anti-HBs           | E.Anti-HBc           | F.HCV                |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6.12. VDRL:**

|    | A. Data       | B. Tipo   | C. Resultado |
|----|---------------|-----------|--------------|
| 1. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 2. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 3. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 4. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 5. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |

**6.13. PPD:**

|    | A. Data       | B. Tipo   | C. Resultado |
|----|---------------|-----------|--------------|
| 1. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 2. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 3. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |

**6.14. BAAR:**

|    | A. Data       | B. Tipo   | C. Resultado |
|----|---------------|-----------|--------------|
| 1. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 2. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |
| 3. | <u>      </u> | <u>  </u> | <u>  </u>    |

**6.15. Responsável/Transcrição:**     VE496    **6.16. Responsável/Digitação:**     VE497

## **ANEXO J**

### **PROJETO ATAR: ROTEIROS GRUPO FOCAL E ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

**“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO  
HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA E QUALITATIVA”  
BELO HORIZONTE  
2001 A 2002**

**ROTEIROS:**

**GRUPO FOCAL  
ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

**INSTITUIÇÕES:  
UFMG / HEM / CTR**

## **ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL**

1. Como você definiria “adesão” ao tratamento antirretroviral?
2. O que você considera como pontos favoráveis à adesão ao tratamento ARV? O que facilita a adesão?
3. E quais os pontos desfavoráveis? O que dificulta a adesão?
4. O que pode ser feito para melhorar a adesão do paciente ao tratamento ARV?

## Roteiro da Entrevista em Profundidade

*Iniciar a entrevista livre, com a questão não diretiva:*

A. Gostaria que você nos falasse do seu tratamento

**(Seguir a estrutura quando necessário, pontuando):**

1. rotinas terapêuticas,
2. efeitos colaterais,
3. mudanças de hábito de vida,
4. dificuldades enfrentadas nas relações familiares, escolares, laborativas, sociais em geral – insistir sobre as condições de trabalho: você está empregado? O que faz desde quando você está desempregado?
5. dificuldades enfrentadas na relação com os profissionais de saúde,
6. dificuldades enfrentadas nas relações afetivo-sexuais,
7. apoios ou incentivos encontrados.

B. Caso haja necessidade de animar o depoimento usar as seguintes estratégias:

1. como as pessoas que você disse que conhece sua soropositividade reagiram a esta notícia?
2. com quem você conta no seu dia a dia para ajudá-lo quando necessário (caso a pessoa tenha religião e não se refira aqui como fonte de apoio, perguntar novamente)?
3. em quem você confia para falar das suas intimidades?
4. o que você espera do seu tratamento?
5. você gostaria de falar um pouco mais?
6. em poucas palavras. como você diria que lida com seu tratamento?

## ANEXO K

### PROJETO **ATAR**: PRODUÇÃO CIENTÍFICA





## PROJETO ATAR

GRUPO DE PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE  
(GPEAS/FM/UFMG)

### TESES E DISSERTAÇÕES DEFENDIDAS

1. Ceccato MGB. *Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV, atendidos em dois serviços de referência, Belo Horizonte, 2001*. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2002.
2. Menezes de Pádua CA. *Reações adversas aos anti-retrovirais entre indivíduos infectados pelo HIV, Belo Horizonte-MG, 2001-2003*. 2004. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2004.
3. Álvares J. *Avaliação do registro diário de medicamentos como instrumento de medida de adesão*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2004.
4. Campos LN. *Avaliação da qualidade de vida e dos níveis de ansiedade e depressão entre indivíduos infectados pelo HIV iniciando terapia anti-retroviral*. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2004.
5. Bonolo PF. *Terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV/Aids, Belo Horizonte, 2001-2003: O desafio da adesão*. 2005. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2005.  
[http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/palmira\\_bonolo06.pdf](http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/palmira_bonolo06.pdf)
6. Silva ACR. *As representações sociais de pacientes em uso da terapia anti-retroviral envolvidas na adesão ao tratamento*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2006.
7. Coelho AB. *Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da Aids*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2006.  
<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp012495.pdf>

8. Ceccato MGB. *Características relacionadas à compreensão do tratamento entre pacientes iniciando terapia anti-retroviral (TARV) no Brasil*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2006.  
[http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/Maria\\_Ceccato08.pdf](http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/Maria_Ceccato08.pdf)  
<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp089794.pdf>
9. Gomes RRFM. *Avaliação dos registros de dispensação dos anti-retrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em serviços de referência*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2008.  
[http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert/raquel\\_regina\\_gomes08.pdf](http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert/raquel_regina_gomes08.pdf)  
<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp089804.pdf>
10. Fernandes JRM. *Início tardio da terapia anti-retroviral entre pacientes acompanhados em dois serviços públicos de referência para o HIV/aids em Belo Horizonte*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2008.  
[http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert/jose\\_roberto08.pdf](http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert/jose_roberto08.pdf)
11. Campos LN. *Uso da terapia anti-retroviral entre pacientes atendidos em dois serviços públicos de referência para o HIV/Aids: Impacto na qualidade de vida e ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão*. 2008. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2008  
[http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/2008\\_doutorado\\_LorenzaNogueiraCampos.pdf](http://saudepublica.medicina.ufmg.br/teses/2008_doutorado_LorenzaNogueiraCampos.pdf)  
<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp089785.pdf>
12. Rocha GM. *Monitoramento da adesão ao tratamento Antirretroviral no Brasil: um urgente desafio*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2010.

#### ARTIGOS PUBLICADOS

1. Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV [Understanding anti-retroviral prescription by HIV infected individuals]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(1):1388-1397.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15486683?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15486683?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
2. Bonolo PF, Cesar CC, Acurcio FA, Ceccato MGB, Menezes de Pádua CA, Álvares J, Campos LN, Carmo RA, Guimarães MDC. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*. 2005; 19(suppl 4): S5-S13.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249654?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249654?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

3. Campos LN, Bonolo PF, Guimarães MDC. Anxiety and Depression Assessment Prior to Initiating Antiretroviral Treatment in Brazil. *AIDS Care*. 2006; 18(6):529-536. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18648925?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18648925?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
4. Acurcio FA, Junog JP, Bonolo PF, Ceccato MGB, Guimarães MDC. Analisis coste-efetividade de la adhesión inicial a la terapia antiretroviral entre individuos infectados por el VIH en Belo Horizonte; Brasil. [Cost-effective analysis of non-adherence among patients initiating treatment in Brazil]. *Revista Espanola de Salud Publica*. 2006; 80(1):41-54. [Spanish Journal of Public Health]. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553259?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553259?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
5. Menezes de Pádua CA, Cesar CC, Bonolo PF, Acurcio FA, Guimarães MDC. High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2006; 39(4):495-505. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16612473?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16612473?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
6. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adherence to antiretroviral therapy: Associated factors and intervention perspectives [Literature review]. *Journal of Health Services and Epidemiology* [Epidemiologia e Serviços de Saúde]. 2007; 16(4):261-278. <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>
7. Álvares J, Acurcio FA, Bonolo PF, Guimarães MDC. Drug Diary: is it suitable to measure adherence in epidemiological studies? *Rev Med Minas Gerais*. 2007; 17(1/2 Supl 4): S265-S271
8. Menezes de Pádua CA, César CC, Bonolo PF, Acurcio FA, Guimarães MDC. Self-reported adverse reactions among patients initiating antiretroviral therapy in Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2007; 11(1):20-26. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17625721?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17625721?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
9. Guimarães MDC, Rocha GM, Campos LN, Freitas FMT, Gualberto FAS, Teixeira RDR, et al. Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. *Clinics*. 2008; 63(2):165-72. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18438569?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18438569?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
10. Ceccato MGB, Acurcio FA, César CC, Bonolo PF, Guimarães MDC. Compreensão da terapia anti-retroviral: uma aplicação de modelo de traço latente [Patient's understanding of information on antiretroviral therapy: an application of latent trait model] *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(7):1689-1698. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670692?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670692?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

11. Bonolo PF, Machado CJ, César CC, Ceccato MGB, Guimarães MDC. Vulnerability and Non-Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) Among HIV Patients; Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24:2603-2613.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009140?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009140?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
12. Ceccato MGB, Acurcio FA, Ferraz AV, César CC, Guimarães MDC. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral [Assessment of factors associated with the understanding of treatment among patients initiating antiretroviral therapy]. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2009; 27(1):7-13. doi:10.1016/j.eimc.2008.05.003.  
[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go\\_ingles?pidet=13132717](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_ingles?pidet=13132717)
13. Campos LN, Guimarães MDC, Remien RH. Psychiatric symptoms as risk factors to non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS & Behavior*. 2009. DOI: 10.1007/s10461-008-9435-8 (In press).  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759880?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759880?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
14. Gomes RRFM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Avaliação dos registros de dispensação de anti-retrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte; Brasil [Assessment of Anti-retroviral dispensation among HV infected patients]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(3):495-506.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300838?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300838?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
15. Fernandes JRM, Acurcio FA, Guimarães MDC. Início tardio da terapia anti-retroviral em dois serviços públicos de referência para o HIV/Aids em Belo Horizonte [Antiretroviral Therapy Initiation Among Hiv-Infected Patients With Severe Immunodeficiency In Belo Horizonte] *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1369-1380.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19503967?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19503967?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
16. Campos LN, Cesar CC, Guimarães MDC. Qualidade de vida entre indivíduos portadores do HIV/AIDS após início da terapia anti-retroviral. *Clinics*. 2009; 64(9):867-875. DOI: 10.1590/S1807-59322009000900007  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759880?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759880?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
17. Rocha GM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio. *Cadernos de Saúde Pública* 2010. (In press)

GRUPO DE PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE. UFMG. *Seminário ATAR (Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral)*. Belo Horizonte; 2004.



# **EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO ATAR**

## **(ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL)**

**Apoio Financeiro:**

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde  
UNESCO/DST-Aids 914BRA3014  
Projeto 521-02

**Instituição Executora**

Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em  
Saúde (GPEAS)  
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas  
Gerais

**Coordenador do Projeto**

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

**Pesquisadores colaboradores**

Carla Jorge Machado,  
CEDEPLAR/FACE, UFMG  
Cibele Comini César,  
Instituto de Ciências Exatas, UFMG  
Cristiane Aparecida Menezes de Pádua,  
Universidade Federal de São João Del Rei  
Francisco de Assis Acurcio,  
Faculdade de Farmácia, UFMG  
Gustavo Machado Rocha,  
Universidade Federal de São João Del Rei  
José Roberto Maggi Fernandes,  
UNIFENAS e SMS/PBH  
Juliana Álvares,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, UFMG  
Hélio Lauar de Barros,  
Instituto de Psiquiatria Raul Soares, FHEMIG  
Lorenza Nogueira Campos,  
UNIFENAS-BH e Hospital Eduardo de Menezes, FHEMIG  
Maria das Graças Braga Ceccato,  
Faculdade de Farmácia, UFMG  
Maria Imaculada de Fátima Freitas,  
Escola de Enfermagem, UFMG  
Mark Drew Crosland Guimarães,  
Faculdade de Medicina, UFMG  
Palmira de Fátima Bonolo,  
Departamento de Ciências Médicas, Escola de Farmácia, UFOP  
Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes,  
Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte  
Ricardo Andrade Carmo,  
Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte

**Acadêmicos**

Alan Marcone Primo Santana  
Aline de Freitas Lopes  
Ana Carolina Gomes Pereira  
Ana Maria Fantini Silva  
Ana Paula Gonçalves  
Carlos Eduardo Resende Gomes  
Carolina Ali Santos  
Carolina Crosland Guimarães Veloso  
Carolina Mendes Bittencourt  
Cristiane Livia Moreira Malacco  
Daniel Crosland Guimarães Veloso  
Daniela Neto Ferreira  
Fabiana Cristina da Costa  
Fabrícia Voieta da Silva Teixeira  
Fabrício Resende Bernardes de Faria  
Felipe Teixeira de Melo Freitas  
Fernanda Risério Dourado Leite  
Flávia Vieira Brandão  
Flávia Guimarães Nunes  
Izabella Voieta da Silva Teixeira  
Izabella Wendling Henriques  
Maria Helena Alencar dos Santos  
Maria Olívia Nogueira Teixeira  
Michelle Andrade Porto Costa  
Renata Cristiane Marciano

**Centros Participantes**

Centro de Treinamento e Referência em Doenças  
Infecciosas e Parasitárias, SMS – UFMG (CTR/DIP Orestes  
Diniz – SMS-UFMG)  
Hospital Eduardo de Menezes, FHEMIG

**Coordenação de Campo**

Palmira de Fátima Bonolo, Departamento de Ciências  
Médicas, Escola de Farmácia, UFOP

**Supervisores de Campo**

Psicóloga Virgínia Crosland Guimarães Veloso  
Psicólogo Luiz Fernando Diniz França

**Apoio Administrativo**

Érica S. Resende Pinto Souza





