

# ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM A RELIGIÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV NA VI REGIÃO DE SAÚDE

## ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AND ITS ASSOCIATION WITH THE RELIGION OF PEOPLE LIVING WITH HIV

Edmilson Heleno de Lima<sup>1</sup>

Danielle Chianca de Andrade Moraes<sup>2</sup>

Willians Emanuel da Silva Melo<sup>3</sup>

### Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre a adesão à terapia antirretroviral (TARV) e a religião de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV (PVHIV) na VI Região de Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal. A amostra foi composta pelas PVHIV cadastradas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), em 2016 do Serviço de Assistência Especializada – SAE da VI Região de Saúde, com mais de 18 anos de idade, e realizando a TARV a pelo menos 6 meses. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Utilizaram-se testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, margem de erro de 5%. Das pessoas entrevistadas 54% informaram que a religião não teve influência na sua adesão à terapia antirretroviral e 70,8% dos classificados com nível de adesão inadequada eram possuidores de alguma religião, com predominância do catolicismo. Conclui-se que a religião não é um fator relevante na adesão de PVHIV à TARV, porém o não alcance da amostra estimada pode ter influenciado diretamente no resultado, sendo proposta a realização de novas pesquisas que abordem, além da temática do presente estudo, outros aspectos da adesão.

**Descritores:**Religião. Religiosidade. HIV. Aids. Terapia Antirretroviral.

### Abstract

This study aims to analyze the association between adherence to antiretroviral therapy (ART) and the religion of people living with the Human Immunodeficiency Virus - HIV (PLHIV) in the Health Region VI. This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study, which had as a sample the PVHIV registered in the Logistic Control System of Medicines (SICLOM) of the Specialized Care Service - SAE of the VI Health Region in 2016. Patients, after signing the free consent form (TCLE), answered the sociodemographic data form and the validated version for the Portuguese language of the "Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Treatment" - CEAT-VIH. Of those interviewed, 54% reported that religion had

---

<sup>1</sup>Enfermeiro, Residente em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), Rua Antônio Napoleão Pacheco, 213, São Miguel, Arcoverde, Pernambuco (PE), Brasil E-mail: edmilson.11355@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestra em enfermagem, Rua Arnóbio Marques, s/n, Santo Amaro, Recife, Pernambuco (PE), Brasil E-mail: dani\_chianca@hotmail.com

<sup>3</sup>Biomédico, Mestre em Saúde Pública, Rua Hortência, 220, São Cristóvão, Arcoverde, Pernambuco (PE), Brasil E-mail: Williansmelo1@gmail.com

no influence on their adherence to antiretroviral therapy, and 70.8% of those with inadequate adherence had some religion, predominantly Catholicism. It is concluded that religion is not a relevant factor in the adherence of PLHIV to ART, but the non-attainment of the estimated sample may have directly influenced the result, and it is proposed to carry out new research that addresses, in addition to the theme of the present study, other aspects of accession.

**Descriptors:**Religion.Religiosity. HIV.Aids. AntiretroviralTherapy.

## INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV surgiu, a nível mundial, em 1980. Tal vírus pode permanecer no organismo, por vários anos, sem apresentar manifestações clínicas. Porém, quando ocorre a sua manifestação, ocasionada na maioria das vezes devido à baixa imunidade, recebe o nome de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids (FIGUEIREDO et al., 2015), resultante da proliferação do vírus no indivíduo (CHIACHIO et al., 2014). Havia até o final de 2015, aproximadamente 36.7 milhões de PVHIV no mundo (World Health Organization, 2015). Estima-se que em 2011, 1,7 milhões de pessoas morreram em consequência da aids (SOARES et al., 2013).

No período de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Brasil um total de 136.945 casos de HIV (BRASIL, 2016) e, no estado de Pernambuco, no período de julho de 2014 até dezembro de 2016, foram notificados 5.222 casos da doença (PERNAMBUCO, 2017). Segundo Soares et al., (2013), o estado lidera as estatísticas na Região Nordeste no tocante à morbidade e mortalidade decorrentes do HIV.

No Brasil, a aids é um grave problema de saúde pública, que acomete homens e mulheres independente da faixa etária, cor, raça, orientação sexual ou religião. Apesar de ser ainda uma doença sem cura, as pessoas portadoras do HIV possuem a probabilidade de uma qualidade de vida (FERREIRA; CARVALHO; MACHADO, 2015). Essa poderá ser alcançada através do tratamento, o qual tem proporcionado, dentre outros, o aumento do tempo de sobrevivência, redução da morbimortalidade, elevação da expectativa de vida e uma maior esperança de realização de projetos futuros (OLIVEIRA et al., 2015). “Além desses benefícios, a terapia antirretroviral – TARV tem apresentado um impacto significativo na redução do número de novas infecções por HIV” (SOARES et al., 2013).

O Ministério da Saúde - MS do Brasil, a partir da criação de políticas públicas, busca a prevenção da ocorrência de novos casos da infecção e a qualificação da atenção em saúde, voltada às pessoas que convivem com a doença, dentre as quais, podemos citar a política nacional de distribuição gratuita dos medicamentos para todo e qualquer usuário infectado

pelo HIV e/ou com aids (PADOIN et al., 2013). Tais ações são observadas nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e nos Serviços de Assistência Especializada (SAE), os quais oferecem o apropriado acolhimento voltado às pessoas portadoras do HIV, (FIGUEIREDO et al., 2015).

O SAE da VI Região de Saúde oferece atendimento às PVHIV residentes nos 13 municípios que compõe a regional. No SAE, as PVHIV são cadastradas, realizam exames laboratoriais de rotina, têm acesso aos medicamentos antirretrovirais e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, além de outras clínicas que o acompanhamento necessitar (PERNAMBUCO, 2018).

A adesão à TARV apresenta elevada importância para o sucesso terapêutico (PADOIN et al., 2013), sendo considerada imprescindível para inativação total da replicação viral. Entretanto, há dificuldades que impedem o alcance de bons níveis de adesão, ocasionadas pela complexidade dos tratamentos, seu longo período de duração e pelos efeitos colaterais (FORESTO et al., 2017). Somam-se a esses aspectos o estresse vivenciado pelos pacientes por serem portadores de uma doença estigmatizante, os quais se sentem rejeitados, vítimas de preconceitos e discriminações (PEDROSA et al., 2016) e os fatores sociodemográficos, a exemplo de sexo, idade, etnia, escolaridade e renda, tendo influência na adesão à TARV (PEREIRA et al., 2012).

A adesão insuficiente (baixa ou não adesão) à TARV resulta no colapso dos esquemas básicos de tratamento, trazendo sérias consequências para o paciente, a saber, comprometimento do sistema imunológico, refletido nos baixos níveis de células linfocitárias tipo CD4+ evolução da doença para aids e conseqüente manifestações de doenças oportunistas (SILVA et al., 2015).

É importante avaliar que essas pessoas precisam de uma assistência integral e continuada. Autores apontam que “a religiosidade tem sido considerada uma ferramenta importante nas estratégias de enfrentamento das novas situações que se impõem na vida das PVHIV” (PINHO et al., 2017). Nesta ótica, o senso de apoio derivado da religiosidade pode ser visto como um fator que contribui para a saúde física, mental e espiritual, face às adversidades impostas pela doença (PEDROSA et al., 2016).

Além de conceder apoio social, subsídios para hábitos saudáveis e bem estar, o envolvimento religioso proporciona ao indivíduo um sentido de autoestima e domínio em face de uma doença que ameaça a vida” (BRITO, 2016). Por outro lado o HIV pode proporcionar resultados deletérios na vivência/experiência religiosa de pessoas vivendo com HIV – PVHIV (PINHO et al., 2017).

Verificando a relevância da adesão à TARV para o sucesso do tratamento de PVHIV, bem como a necessidade de maiores subsídios pelos profissionais de saúde e usuários que possibilitem uma adesão adequada ao tratamento, este estudo tem como objetivo analisar a associação entre a adesão à TARV e a religião de PVHIV na VI Região de Saúde.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDO:**

Tratou-se de um estudo descritivo, pelo qual segundo Cervo; Bervian e Silva (2007) tem por finalidade observar, registrar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Transversal, por utilizar uma amostragem de determinado seguimento de uma população (HOCHMAN et. al., 2005), com abordagem quantitativa, que conforme Dalfovo, Lana e Silveira (2008) consiste na análise de dados numéricos tendo como base métodos estatísticos.

### **LOCAL DE ESTUDO:**

O estudo foi realizado no município de Arcoverde, localizado no sertão do Estado de Pernambuco a 254 quilômetros de Recife, formado por uma área territorial de 323.370km<sup>2</sup>, composto por uma população de 73.155 habitantes, sendo esta constituída por 34.421 pessoas do sexo masculino e 38.734 do sexo feminino, conforme dados do IBGE (2010). O município é sede da VI Região de Saúde, formada por treze municípios com uma quantidade estimada, para o ano de 2017, de 420.551 habitantes. O município de Arcoverde, atualmente, conta com um SAE em HIV que atende PVHIV residentes na VI Região de Saúde.

### **POPULAÇÃO E AMOSTRA:**

A presente pesquisa foi realizada a partir da amostra do projeto de doutorado de Danielle Chianca de Andrade Moraes que tem por título “Qualidade da Assistência às Pessoas Vivendo com HIV em Pernambuco e sua Associação com a Adesão a Terapia Antirretroviral”. Sendo considerados os PVHIV na VI Região de Saúde de Pernambuco.

Para verificar a existência da religião e sua associação com a adesão à TARV por PVHIV, a população foi composta por pacientes acompanhados pelo SAE da VI Região de Saúde. A amostra foi não probabilística por conveniência, a partir do preenchimento completo do questionário Qualiaids pelo respectivo gestor/gerente.

Com o intuito de descrever o perfil sociodemográfico e rotular a adesão à TARV, a população foi composta por 90 PVHIV com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os

sexos que estavam em uso da TARV e fazendo o monitoramento da carga viral e CD4+ no SAE da VI Região de Saúde.

Para tanto, a amostra foi determinada considerando a população média do SAE, cadastrada no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, no ano de 2016. Os cálculos foram feitos através do EPI-INFO® na versão 7.1.5.

Algumas dificuldades foram encontradas na coleta de dados, que compreendeu o período de 07 junho de 2017 a 31 de janeiro de 2018. As dificuldades foram: evasão dos pacientes, mudança dos usuários para outras regiões, cancelamento de coleta sanguínea e consulta médica nos dias programados (dias de maior fluxo dos usuários no serviço), casos que o paciente se recusou em participar da pesquisa. Por se tratar de questões que fogem da minha governabilidade, enquanto pesquisador, e pelo fato de existir um prazo previsto para término da coleta de dados, o número de pacientes entrevistados não alcançou o determinado pelo cálculo amostral, totalizando 69 pacientes.

#### **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:**

##### **Foram incluídas:**

- PVHIV com idade igual ou superior a 18 anos,
- uso da TARV há pelo menos 6 meses;
- Realizando TARV no SAE do estudo

##### **Foram excluídas:**

- PVHIV que apresentaram deficiência cognitiva;
- gestantes;
- pessoas em que não foi possível identificar o prontuário.

#### **INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS:**

Foram utilizados dois instrumentos de coleta, a fim de se captar as informações pertinentes ao estudo. Para descrever o perfil sociodemográfico e identificar os aspectos clínicos foi utilizado um formulário (Anexo I), construído pelo grupo de pesquisa “Práticas e Tecnologias para Promoção e Segurança na Assistência à Saúde” do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da UPE/UEPB, dividido em dois blocos: Bloco I - Dados Sociodemográficos, no qual as informações foram coletadas por meio de entrevista; e Bloco II – Aspectos Clínicos, através dos registros dos prontuários. Para tanto foi realizado um pré-teste do instrumento, com 10 pessoas em uso da TARV, a fim de se verificar fragilidades que pudessem interferir na interpretação das questões, ou na completude das informações.

O comportamento de adesão à TARV foi classificado a partir da aplicação da versão validada para a língua portuguesa do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” – CEAT-VIH (Anexo II) (REMOR, MILNER-MOSKOVICS e PREUSSLER, 2007). Tratou-se de um instrumento auto-informe, composto por 20 questões pontuadas que abordaram os principais fatores que pudessem interferir na adesão à TARV em adultos: história de não adesão do paciente; relação médico-paciente; crenças do paciente a respeito da TARV; expectativas sobre a eficácia terapêutica; o esforço do paciente em seguir o tratamento; avaliação da gravidade dos efeitos colaterais da TARV para o paciente; o grau de satisfação com a medicação antirretroviral; e o uso de estratégias para lembrar de tomar a medicação. Assim, foi possível avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral dos entrevistados.

Nesse estudo, as PVHIV que apresentaram percentual de adesão maior ou igual a 85% foram classificadas como adesão adequada, em vez de adesão estrita, e os que apresentaram percentual de adesão menor que 85% foram classificados como adesão inadequada. Essa adaptação foi feita para facilitar as análises bivariadas, facilitando a associação e consequentemente a identificação ou não de significância estatística, e também pelo fato da literatura apontar a importância da manutenção da adesão elevada para o sucesso terapêutico (BEZABHE et al, 2016; BASTARD et al, 2011).

### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:**

Para a análise estatística, foram obtidos os percentuais e as medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana (estatísticas descritivas); e teste qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. A margem de erro utilizada na decisão do teste estatístico foi de 5%.

Os dados foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010. Redmond, WA, EUA), na qual, cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados e cada coluna aos dados coletados. Foi realizada dupla digitação, a fim de se minimizar falhas de digitação. Os cálculos estatísticos foram realizados com o auxílio do aplicativo Statistical Package for Social Science - SPSS<sup>®</sup> (Versão 22.0).

### **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:**

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)/Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) – CAAE nº 68428517.2.0000.5192, sendo aprovado a partir do parecer nº 2122011. Foi adquirida a anuência formal do SAE da VI Região de Saúde. Na coleta dos

dados, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) foi previamente aplicado às PVHIV elegíveis que aceitaram participar, assegurando o anonimato e o direito de se ausentar da pesquisa no instante em que houvesse a verbalização de sua intenção, com a devida apresentação do estudo (justificativa, objetivos, métodos, benefícios e riscos), em consonância com o que rege a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 descreve as variáveis relacionadas aos fatores sociodemográficos das PVHIV assistidas no SAE de Arcoverde. Com relação ao sexo, 44,9% referiu ser do sexo feminino e 55,1% do sexo masculino. Pode-se observar a pequena relação de casos da doença entre homens e mulheres. Este dado é semelhante ao de um estudo que buscou avaliar o perfil sociodemográfico da epidemia de HIV na região Norte de Minas Gerais, constatando redução na relação de casos da doença entre homens e mulheres (BISCOTTO, et al., 2013). Conforme o último boletim epidemiológico nacional sobre o HIV foi registrado, no período de 1980 a 2002, aumento no número de mulheres diagnosticadas, com a manutenção desse cenário também no período de 2003 a 2008, quando se verificou uma relação do número de casos entre homens e mulheres de 15 casos em homens para cada 10 em mulheres. No entanto, a partir de 2009, constatou-se uma redução dos casos de HIV em mulheres, com aumento dos casos em homens e consequente aumento da relação entre os sexos (BRASIL, 2016), cenário pelo qual diverge do encontrado no presente estudo.

A amostra foi composta em sua maioria por pessoas na faixa etária de 40 a 60 anos, representando 46,4% da amostra. A predominância da faixa etária desse estudo diverge da encontrada na pesquisa de Costa; Tadeu e Formoso (2015), a qual apresentou como predominante a faixa etária de 20 a 49 anos. Quanto ao grau de instrução, verificou-se que 40,6% dos entrevistados possuíam 1º grau incompleto (COSTA; TADEU; FORMOSO, 2015), sendo divergente da realidade do Estado de Pernambuco, observado no boletim sobre HIV do ano de 2017, quando o ensino médio completo exibiu o maior percentual (PERNAMBUCO, 2017). Estudos mostram que a escolaridade é considerada uma das determinantes no processo de adesão à TARV, verificando-se que seu nível mais baixo contribui para a não realização da terapia de forma adequada (ALMEIDA et al., 2011 *apud* PADOIN, 2013).

Foi analisado o estado civil dos participantes, computando-se que 68,1% da amostra são solteiros (Tabela 1), que se assemelha com um estudo realizado por Oliveira e Campesatto (2014). O estado civil solteiro é uma condição que pode tornar os PVHIV mais vulneráveis a

não realização da TARV, ocasionada pela falta de suporte social. (SCHILKOWSK, 2012 *apud* PADOIN, 2013).

Nas variáveis renda e raça, 76,8% dos pacientes ganham até 1 salário mínimo, e 52,2% se declararam pardos. Dos que possuem renda, 36,2% informaram que recebem benefícios e 52,2% contribuem totalmente com o sustento da família (Tabela 1). A raça parda dominante desse estudo está de acordo com os resultados apresentados pelo estado de Pernambuco, através do boletim sobre HIV publicado em 2017. No que se refere à renda o resultado é compatível com o demonstrado no estudo realizado por Boery (2016), que revelou um elevado percentual de entrevistados com renda até um salário mínimo. Ressalta-se nesse contexto que pacientes em condições de extrema pobreza pode ter maiores dificuldades de acesso à TARV (FORESTO et al., 2017). O baixo poder aquisitivo interfere diretamente na realização da TARV (PADOIN et al., 2013).

Concernente à variável “trabalha”, dos 69 pacientes 72,5% não trabalhavam até o momento da entrevista (Tabela 1). Considerando outras investigações, um estudo que buscou analisar a empregabilidade e adesão à TARV demonstrou que PVHIV empregadas apresentavam 27% mais possibilidade de aderir à terapia quando comparado aos desempregados (NACHEGA et al., 2015 *apud* OLIVEIRA, et al., 2015). Porém outros estudos informam que os fatores sociodemográficos por si só não são preditivos de adesão à TARV, existindo a necessidade do incremento de outros aspectos, tais como, apoio social oriundos de amigos, vizinhos, voluntários, comunidade religiosa, podendo estes auxiliar no aumento e na manutenção da adesão (TROMBINI; SCHERMANN, 2010).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis sociodemográficas, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	31	44,9
Masculino	38	55,1
<b>Faixa etária</b>		
18 a 28	11	15,9
29 a 39	23	33,3
40 a 60	32	46,4
> 60	3	4,3
<b>Grau de instrução</b>		



<b>Continuação da tabela 1</b>		
Nenhum	5	7,2
1º grau completo	7	10,1
1º grau incompleto	28	40,6
2º grau completo	18	26,1
2º grau incompleto	4	5,8
Superior completo	5	7,2
Superior incompleto	2	2,9
<b>Estadocivil</b>		
Casado ou mora com companheiro	12	17,4
Solteiro	47	68,1
Viúvo	8	11,6
Separado ou divorciado	2	2,9
<b>Renda- SM<sup>(1)</sup></b>		
Até 1 SM	53	76,8
1 a 2 SM	10	14,5
2 a 3 SM	5	7,2
3 a 4 SM	1	1,4
> 4 SM	0	0,0
<b>Raça</b>		
Amarela	0	0,0
Branca	17	24,6
Indígena	3	4,3
Parda	36	52,2
Negra	13	18,8
<b>Trabalha</b>		
Sim	19	27,5
Não	50	72,5

(1) SM - salário mínimo baseado no valor estabelecido para o ano de 2017 (R\$937,00), de acordo com o Decreto Federal N° 8948, de 29/12/2016 (BRASIL, 2016b).

Do total de pacientes entrevistados da amostra, 74% se declararam católicos, (tabela 2), resultado pelo qual é compatível com outra pesquisa, na qual o catolicismo foi à religião predominante (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013; SANTOS, 2015). O maior número de católicos está de acordo com o observado em termos de religião no Brasil que, conforme o IBGE (2010), mesmo com a diminuição do número de adeptos desde 1872 (ano do primeiro censo), o catolicismo ainda continua sendo a religião com maior predominância, quando comparado a outras religiões. No que tange à influência da religião na adesão à TARV, 54% dos entrevistados afirmaram que não houve influência (Tabela 2), coincidindo com um estudo qualitativo que avaliou 40 casais acompanhados em um instituto de pesquisa clínica, onde não houve significância da influência da religião na adesão a TARV (FERNANDES et al., 2017).

Tabela 2 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis de tipo de religião e influência da religião na adesão, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>		
Sim	50	72,5
Não	19	27,5
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de religião</b>		
Católica	37	74
Evangélica	9	18
Espírita	4	8
Outras	0	0
<b>Influência da religião na adesão</b>		
Sim	23	46
Não	27	54

N= total de pessoas que referiu praticar alguma religião.

Em relação às variáveis de saúde e comportamentais, 66,7% dos pacientes não realizam atividade física (Tabela 3). Há relevância no que concerne ao elevado percentual da não realização de atividade física, visto que esta proporciona benefícios para a saúde do paciente, dentre os quais se destaca a melhora do quadro de lipohipertrofia (SANTOS et al., 2011).

De todos os entrevistados 50,7% apresentaram tempo de diagnóstico e de tratamento equivalentes entre 1 a 5 anos (Tabela 3), diferindo de outro estudo em que o tempo de diagnóstico predominante entre os entrevistados foi de 5 a 10 anos (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015).

No tocante ao principal meio de contaminação, houve predominância da via sexual com 44,9% dos entrevistados (Tabela 3). Esse dado pode ter relação com a baixa escolaridade predominante na amostra, visto que há relação do baixo nível educacional com um menor uso de preservativos, corroborando para a transmissão do HIV (TAQUETTE, 2013).

Tabela 3 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis de saúde e comportamentais, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017.

<b>Variáveis de saúde e comportamentais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
< 1 ano	9	13,0
1 a 5 anos	35	50,7
5 a 10 anos	11	15,9
> 10 anos	14	20,3
<b>Tempo tratamento</b>		
< 1 ano	9	13,0
1 a 5 anos	35	50,7
5 a 10 anos	11	15,9
> 10 anos	14	20,3
<b>Meio de contaminação</b>		
Vertical	1	1,4
Relação sexual	31	44,9
Aleitamento cruzado	0	0,0
Pérfuro cortante	0	0,0
Transfusão sanguínea	1	1,4
Não sabe	36	52,2

\* Percentual calculado com base no total de pessoal que utilizam drogas (N=39).

No que se refere às variáveis clínicas, constatou-se que 98,6% dos entrevistados são assintomáticos, 58,0% estão incluídos no esquema da TARV com uma pílula dia, 55,1% tiveram resultado de carga viral indetectável, 69,6% apresentam-se com níveis de CD4+ acima de 350 cel/mm<sup>3</sup>, 94,2% não tinham histórico de internamento pelo HIV e 95,7% não apresentaram doenças oportunistas, conferindo o mesmo quantitativo e percentual para aqueles sem registro de adesão irregular (Tabela 4).

Verifica-se que mesmo se tratando de uma amostra com predominância de pacientes com nível de adesão inadequado, o quadro clínico é favorável. Tais achados divergem dos resultados de outra pesquisa, na qual os pacientes em sua maioria apresentaram CD4+ com níveis mais baixos, sintomatologia característica da aids e/ou de doenças oportunistas, com tratamento fazendo uso de quatro pílulas e com carga viral detectável (SILVA et al., 2015). Estudo realizado por SANTOS (2015) que avaliou a influência do álcool na adesão à TARV e na qualidade de vida das PVHIV apresentou em seus resultados uma maior quantidade de pacientes com CD4+ acima de 300cel/mm<sup>3</sup> e níveis baixos de carga viral, onde se pôde observar a correlação inversa entre esses dois marcadores, se assemelhando ao presente estudo. A maior proporção de pacientes assintomáticos e sem infecções oportunistas revelada no presente estudo foi verificada em outra pesquisa realizada por Oliveira et al., (2015).

Há uma maior possibilidade de abandono da TARV por pacientes com TCD4+ maiores que 200cel/mm<sup>3</sup> (SANTOS et al., 2016) e uma maior tendência de abandono da TARV é, também, observada naqueles que estão assintomáticos e com níveis de TCD4+ menores que 200cel/mm<sup>3</sup> (FELIX; CEOLIM, 2012).

Tabela 4 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis clínicas, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017.

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>
<b>Apresentação sintomatológica</b>		
Sintomático	1	1,4
Assintomático	68	98,6
<b>Esquema da TARV<sup>(1)</sup></b>		
1 pílula/dia	40	58,0
2 pílulas/dia	25	36,2
3 ou mais pílulas/dia	4	5,8
<b>Carga viral</b>		
Indetectável	38	55,1
Detectável	31	44,9
<b>Contagem CD4+</b>		
< 200 cel/mm <sup>3</sup>	3	4,3
200 a 350 cel/mm <sup>3</sup>	18	26,1
> 350 cel/mm <sup>3</sup>	48	69,6
<b>Internamento pelo HIV</b>		
Sim	4	5,8
Não	65	94,2
<b>Doença oportunista</b>		
Sim	3	4,3
Não	66	95,7

(1) TARV: Terapia antirretroviral;

Os dados coletados evidenciaram que 69,6% dos pacientes possuem um nível de adesão inadequado e 30,4% são definidos como nível adequado (Tabela 5). Das 48 pessoas que foram classificadas como adesão inadequada, 70,8% possuem alguma religião (Tabela 6) e destas 79,4% são católicas (Tabelas 7). Observou-se que das 34 pessoas que se declararam possuidoras de alguma religião e classificadas como nível de adesão inadequada 55,9% informaram que não houve influência da religião na sua adesão à TARV. Os resultados revelam que a religião não teve significância na adesão das PVHIV à TARV, evidenciado pelo valor de  $p > 0,05$ . Esses achados apresentam semelhança com os de outra pesquisa, na

qual se verificou maior quantidade de pessoas com alguma religião classificados com grau de adesão inadequado, bem como no que se refere à predominância do catolicismo (LEMOS, 2013). O HIV é reconhecido por muitas instituições religiosas como uma doença proveniente de atos promíscuos, definindo o membro da igreja como alguém que não professa a mesma fé. Somando-se a esse aspecto está a possibilidade de uma visão espiritual de cura (CHIACHIO, 2014). Concernente à cura, essa pode ter grande influência na adesão no sentido de o paciente não creditar na medicação a sua relevância. Tal atitude seria motivada pela confiança da existência da cura como algo certo e que acontecerá independente de tomar a medicação nos dias e horários prescritos pelo médico. Por outro a cura pode ser vista, pelo paciente, como algo que necessita de sua atitude diante da doença o que poderia incluir nesse aspecto a tomada das medicações. Assim teria uma influência positiva no que tange a adesão do paciente à TARV.

Tendo como base a religiosidade como a situação em que o indivíduo aceita, obedece e pratica uma religião (LEMOS, 2013), a crença sobre a cura das doenças, bem como o fato de definir o HIV como resultado de atos promíscuos pode ter contribuído para uma adesão inadequada ao tratamento por uma grande parte dos que informaram pertencer a alguma religião. A predominância do catolicismo observada entre os que foram classificados como adesão inadequada pode ter relação com a característica da religião em acreditar na cura desde sua introdução no Brasil colonial (ROTONDANO, 2013).

Foi avaliada, entre os classificados como nível de adesão inadequada com alguma religião, a influência da religião na sua adesão a TARV, constatando-se que dos 34 pacientes com adesão inadequada, 44,1% relataram que houve influência da religião na adesão e 55,9% informaram que não houve (Tabela 7). Não foi identificado nenhum estudo com resultados semelhantes, porém são dados relevantes que podem ser utilizados para o enriquecimento de outras pesquisas.

Tabela 5: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco – 2017.

<b>Nível de adesão<sup>(1)</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>
Inadequada	48	69,6
Adequada	21	30,4

(1) Níveis definidos segundo a classificação de adesão ao tratamento antirretroviral da versão validada para a língua portuguesa (Brasil) do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” (REMOR, MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; REMOR, 2002);

Tabela 6: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo religião, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017

Variáveis	Nível de adesão <sup>(1)</sup>				P-valor <sup>(2)</sup>
	Inadequada		Adequada		
	n	%	n	%	
<b>Religião</b>					
Sim	34	70,8	16	76,2	0.2101
Não	14	29,2	5	23,8	
Total	48	100,0	21	100,0	

(1) Níveis definidos segundo a classificação de adesão ao tratamento antirretroviral da versão validada para a língua portuguesa (Brasil) do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (REMOR, MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; REMOR, 2002);

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 7: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo tipo de religião e influência da religião na adesão, no Serviço de Assistência Especializada de Arcoverde, Pernambuco - 2017

Variáveis	Nível de adesão <sup>(1)</sup>				P-valor <sup>(2)</sup>
	Inadequada		Adequada		
	n	%	n	%	
<b>Tipo de religião</b>					
Católica	27	79,4	10	62,5	0,1476
Evangélica	6	17,6	3	18,8	
Espírita	1	2,9	3	18,8	
Outras	0	0,0	0	0,0	
<b>Influência da religião na adesão</b>					
Sim	15	44,1	8	50	0.3485
Não	19	55,9	8	50	
Total	34	100,0	16	100	

(1) Níveis definidos segundo a classificação de adesão ao tratamento antirretroviral da versão validada para a língua portuguesa (Brasil) do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (REMOR, MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; REMOR, 2002);

(2) Através do teste Exato de Fisher.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto histórico da saúde do Brasil revela a participação da religião desde o período colonial com a assistência à saúde oferecida pelos jesuítas, considerados grande âncora para a saúde da época. Entre as contribuições da religião para a saúde do Brasil, podemos destacar, ainda, as Santas Casas de Misericórdia, local onde eram atendidas pessoas que não possuíam recursos suficientes para obter assistência à saúde. A religião nos dias atuais tem sido associada a um melhor enfrentamento de problemas relacionados às doenças.

No âmbito das PVHIV, estudos revelam maior adesão dos pacientes ao tratamento. Por outro lado a religião pode também ser associada a reflexos negativos no tocante ao adoecer, assim como na adesão aos tratamentos.

Assim, com esse estudo foi possível observar que a maior parte das PVHIV, com alguma religião, apresentaram um nível de adesão inadequada. Isso pode comprovar que a religião dos entrevistados, com predominância do catolicismo, não tem contribuído positivamente na adesão. Foi nítida a escassez de estudos que abordassem a religião no contexto da adesão de PVHIV o que limitou a discussão sobre o tema, porém os achados do presente estudo são relevantes para contribuir com outras pesquisas.

Verifica-se a necessidade da realização de outras pesquisas que abordem a religião no contexto do tratamento do HIV, com a inclusão de outros fatores relacionados à adesão à TARV, para assim proporcionar maiores subsídios aos profissionais e pacientes, contribuindo para uma melhor adesão.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliana Lins de et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. Revista Mineira de enfermagem, v. 15, n. 2, p. 208-216, 2011 *apud* PADOIN, Stela Maris de Melo et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 3, 2013.

BASTARD, M, et al. Revisiting Long-term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Senegal Using Latent Class Analysis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011;57(1)55-61.

BEZABHE, WM. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. A Meta-Analysis. Medicine, 2016; 95(15):1-9. Online. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082595>. Acesso em: 02 nov 2017

BISCOTTO, Cláudia Rocha et al. Interiorização da epidemia HIV/Aids. RBM, v. 70, n. 8/9, p. 319-21, 2013.

BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira. FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO DOS PORTADORES DE AIDS AOS ANTIRRETROVIRAIS, JEQUIÉ, BAHIA, BRASIL. Saúde. com, v. 11, n. 3, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Resolução 510/2016. Brasília: 2016. Disponível em: [http://www.gppege.org.br/home/secao.asp?id\\_secao=341](http://www.gppege.org.br/home/secao.asp?id_secao=341). Acesso em: 30.03.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas

epidemiológicas - janeiro a junho de 2016. ISSN: 1517-1159, 2016. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf). Acesso em: 30.03.2017.

BRASIL. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano V; 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>. Acesso em: 28.03.2018.

BRITO, Hérica Landi de. Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. 2016.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil. 2007.

CHIACHIO, Nádia Cristina Ferreira et al. Resistência na adesão ao tratamento com antirretrovirais: um desafio sócio-comportamental e religioso. 2014.

COSTA, TL da; OLIVEIRA, DC de; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. CadSaude Publica, v. 31, n. 2, p. 365-376, 2015.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.

FELIX, Gabriela; CEOLIM, Maria Filomena. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 4, 2012.

FERNANDES, Nilo Martinez et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 4, 2017.

FERREIRA, Maria do Carmo Santos; DE CARVALHO, Patrícia Maria Gomes; MACHADO, Mônica Celes Nascimento. Uso de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com hiv/aids: implicações para segurança do paciente. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, v. 9, n. 7, p. 9095-9103, 2015.

FIGUEIREDO, Renita Maria Burget al. Vivências de mães soropositivas para o HIV acompanhadas no Serviço de Assistência Especializada. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 4, p. 638-649, 2015.

FORESTO A, Jaqueline Scaramuzza et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. Rev Gaúcha Enferm, v. 38, n. 1, p. e63158, 2017.

HOCHMAN, Bernardo et al. Research designs. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 20, p. 2-9, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. [Internet] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30.03.2017.

LEMONS, Larissa de Araújo. Qualidade de vida, religiosidade e adesão aos antirretrovirais de coinfectados por HIV/Tuberculose. 2013. Tese de Doutorado.



MEDEIROS, Bruno; DA SILVA, Josevânia; WERBA SALDANHA, Ana Alayde. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 4, 2013.

NACHEGA, Jean B. et al. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 93, n. 1, p. 29-41, 2015 *apud* OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, 2015.

OLIVEIRA, Lorena Queiroz; CAMPESATTO, Eliane Aparecida. FATORES QUE LEVAM A NÃO ADESÃO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 16, n. 2, 2014.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez et al. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 510-516, 2015.

PADOIN, Stela Maris de Melo et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 3, 2013.

PERNAMBUCO. Boletim Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS); Ano 7; dezembro de 2017. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/ses-lanca-novo-boletim-epidemiologico-de-hiv-e>. Acesso em: 16.03.2018.

PERNAMBUCO. Programa de DST/Aids capacita agentes do SAE. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS); Ano 7; março de 2017. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/programa-de-dstaids-capacita-agentes-de-sae>. Acesso em: 16.03.2018.

PEDROSA, Samyla Citó et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016.

PEREIRA, Lidianny Braga et al. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem T-CD4. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 2, p. 149-160, 2012.

PINHO, Clarissa Mourão et al. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 2, 2017.

REMOR, Eduardo; MILNER-MOSKOVICS, Jenny; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

ROTONDANO, Ricardo. Investigando a herança cultural-religiosa brasileira: a dificuldade em instituir um Estado plenamente laico. *Revista do Direito Público*, v. 8, n. 2, p. 221-238, 2013.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SÁ, Marilene de Castilho. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 187-197, 2011 *apud* PADOIN, Stela Maris de Melo et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 3, 2013.

SILVA, José Adriano Góes et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. 2015.

SANTOS, Érick Igor dos et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/aids. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 1, p. 454-470, 2016.

SANTOS, Vanessa da Frota. Influência do álcool na adesão à terapia antirretroviral e na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SANTOS, Wlaldemir Roberto dos et al. Exercício físico como tratamento complementar na redistribuição da gordura corporal na síndrome da lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/aids. Estudo piloto. 2011.

SOARES, Rita de Cassia Albuquerque et al. A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/AIDS, atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE. 2013. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

TAQUETTE, Stella R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 618-628, 2013.

TROMBINI, Eliana Silva; SCHERMANN, Lígia Braun. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, 2010.

World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The Gap Report; 2015. Acesso em: 30.03.2017.

WHO. World Health Organization. Global update on the health sector response to HIV, 2014. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/>>. Acesso em: 30.03.2017.

## ANEXO I

## ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

## Dados Sociodemográficos, Comportamentais e Clínicos dos Adultos Submetidos à Terapia Antirretroviral

## FORMULÁRIO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

01 Nº Questionário: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ___/___/___	04 Nº Promória: _____
05 Nome (iniciais) _____	06 Data de Nascimento: _____
07 Local da entrevista: _____	08 Município de Residência: _____

## A) DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. SEXO (0) feminino (1) masculino	2. FAIXA ETÁRIA (0) 18 à 28 (1) 29 à 39 (2) 40 à 60 (3) Maior que 60 Anos (completos): _____
3. QUAL GRAU DE INSTRUÇÃO? (0) nenhum (5) superior completo (1) 1º grau completo (6) superior incompleto (2) 1º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto	4. QUAL SEU ESTADO CIVIL? (0) Casado (a) ou mora com o companheiro (a) (1) Solteiro (a) (2) Viúvo(a) (3) Separado (a) ou Divorciado(a)
5. POSSUI RELIGIÃO? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	6. QUAL A SUA RAÇA? (0) Amarela (1) Branca (2) Indígena (3) Parda (4) Negra
7. QUAL A RENDA TOTAL FAMILIAR? (0) Até um salário mínimo (1) Mais de 1 a 2 salários mínimos (2) Mais de 2 a 3 salários mínimos (3) Mais de 3 a 4 salários mínimos (4) Mais de 4 salários mínimos Valor: _____	8. VOCÊ CONTRIBUI PARA O SUSTENTO DA FAMÍLIA? (0) Sim, totalmente (1) Sim, parcialmente (2) Não contribui
9. ESTÁ RECEBENDO ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	10. ESTÁ TRABALHANDO? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____

## B) DADOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTAL

11. REALIZA ATIVIDADE FÍSICA? * Será considerada atividade física apenas aquela realizada no mínimo 3x na semana de duração de 30 minutos. (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	12. HÁ QUANTO TEMPO POSSUI DIAGNÓSTICO PARA HIV? (0) menos que 1 ano (1) de 1 a 5 anos (2) 5 a 10 anos (3) mais de 10 anos Tempo? _____
--	--

<p>13. PARTICIPA DE ALGUM GRUPO DE TERAPIA/ EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES COM HIV?</p> <p>(0) sim (1) não</p>	<p>12. HÁ QUANTO TEMPO REALIZA TRATAMENTO PARA HIV?</p> <p>(0) menos que 1 ano (1) de 1 a 5 anos (2) 5 a 10 anos (3) mais de 10 anos Tempo?</p>
<p>15. POSSUI FILHOS?</p> <p>(0) sim (1) não Se a resposta for positiva, quantos? _____</p>	<p>16. SEU COMPANHEIRO (A) POSSUI DIAGNÓSTICO PARA HIV?</p> <p>(0) sim (1) não (2) não possui companheiro (3) não sabe</p>
<p>17. VOCÊ OU SEU COMPANHEIRO(S) UTILIZA PRESERVATIVO EM TODAS AS RELAÇÕES SEXUAIS?</p> <p>(0) sim (1) não (2) As vezes (3) não possui relação sexual Se a resposta for negativa, justificar motivo _____</p>	<p>18. VOCÊ SABE COMO ADQUIRIU O HIV?</p> <p>(0) Sim (1) Não Se a resposta for positiva, informar a transmissão: (0) Vertical (1) Relação sexual (2) Aleitamento cruzado (4) Acidente com perfuro-cortantes (5) Transfusão sanguínea (6) Outro. Qual? _____</p>
<p>19. USO DE DROGAS:</p> <p>(0) Sim (0) Não Se a resposta for positiva, qual?</p>	

## C) DADOS CLÍNICOS (REGISTRO NO PRONTUÁRIO)

<p>19. EXAMES LABORATORIAIS:</p> <p>(1) Colesterol: _____ (2) Triglicérides: _____ (3) Glicemia _____ (4) TGO _____ (5) TGP _____</p>	<p>20. ATUALMENTE, ENCONTRA-SE SINTOMÁTICO OU ASSINTOMÁTICO?</p> <p>(0) Sintomático (1) Assintomático Se sintomático, quais são os sintomas? _____</p>
<p>21. ESQUEMA DE TARV QUE FAZ</p> <p>_____</p>	<p>21. ÚLTIMOS RESULTADOS DE CARGA VIRAL</p> <p>Valor: Data:</p>
<p>28. ÚLTIMOS RESULTADOS DE CD4+</p> <p>Valor: Data:</p>	<p>29. JÁ PERMANECEU INTERNADO EM DECORRÊNCIA DO HIV?</p> <p>(0) Sim (1) Não Se sim, com o quê?</p>
<p>30. HA REGISTRO DE ALGUMA DOENÇA OPORTUNISTA?</p> <p>(0) Sim (1) Não Se sim, qual (is)? _____</p>	<p>31. HA REGISTRO DE ADESÃO IRREGULAR A TARV NO PRONTUÁRIO?</p> <p>(0) Sim (1) Não Se sim, em que ano?</p>

## ANEXO II

## AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH, VERSÃO EM PORTUGUÊS [BRASIL])

N° \_\_\_\_\_

Durante a última semana:

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

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

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

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

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Bom

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

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

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

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

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

Muito intenso	Intenso	Medianamente intenso	Pouco intenso	Nada intenso

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?) \_\_\_\_\_

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

Qual? \_\_\_\_\_

SIM	NÃO

## ANEXO III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(Elaborado de acordo com a Resolução 468/2012-CNS/CONEP)

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV EM PERNAMBUCO E SUA ASSOCIAÇÃO COM A ADESAO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**, de responsabilidade da pesquisadora Danielle Chianca de Andrade Moraes (aluna do curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação Associado em Enfermagem UPE/UEPB) e da equipe: Edmilson Helano de Lima, Eliane Pereira do Nascimento, Emanuel Filipe Leite Souza e Maria Amélia de Queirós Nascimento Malaquias (alunos do Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes - ESPPE). Esta pesquisa tem a orientação da Prof.ª Dr.ª Regina Célia de Oliveira e pretende analisar a qualidade da assistência prestada às pessoas vivendo com HIV e a adesão à TARV nos serviços ambulatoriais de referência em HIV/aids do interior de Pernambuco.

Para realização deste trabalho usaremos os seguintes métodos: um formulário para informações socioeconômicas e demográficas, clínicas e comportamentais. Utilizaremos também um questionário para conhecer a adesão ao tratamento do HIV. Para isso, faremos uma entrevista e uma busca dos dados nos prontuários. Ainda, serão utilizados dados a serem disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco sobre alguns indicadores de qualidade da assistência nos serviços de referência para HIV.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem você na pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados essenciais ao desenvolvimento do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, podem ser constrangimento ou estresse pelas perguntas que serão realizadas. Dessa forma, caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas (fica garantida a prestação de assistência multidisciplinar - psicólogo, assistente social e enfermeiro do Serviço de Assistência Especializada ao qual há o vínculo, para minimização desses danos, caso seja necessário).

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV em Pernambuco, visto que com os resultados, os profissionais de saúde e gestores terão melhor conhecimento dos fatores associados à baixa adesão ao tratamento contra o HIV, e assim poderão elaborar estratégias de educação, segurança e redução de danos às pessoas de vivem com esse vírus.

O(A) senhor(a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa (ou o dependente), os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Inclusive, acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso). Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador. Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar os pesquisadores: Danielle Chianca de Andrade Moraes, Rua Amábio Marques, 310, Santo Amaro, Recife – PE, CEP: 50.100-130; pelo telefone (81) 3183-3621; e-mail: [danielle.chianca@gmail.com](mailto:danielle.chianca@gmail.com); e Regina Célia de Oliveira ([regina.oliveira@upe.br](mailto:regina.oliveira@upe.br)). Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE, telefone 81-3183-3775 ou ainda através do e-mail [comite.etica@upe.br](mailto:comite.etica@upe.br)

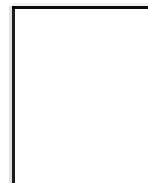
**Consentimento Pós-Informações**

Eu, \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador(es)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador principal



Impressão dedo polegar do participante.

## Revista Veredas (UNIFAVIPDeVry)

### Normas para Submissão

Os trabalhos originais, na modalidades de relatos de pesquisas, relatos de experiência profissional e traduções, deverão ser submetidos, em formatos DOC ou DOCX, no site da VEREDAS FAVIP - Revista de Ciências (<http://veredas.favip.edu.br>) ou diretamente no link referente à submissão de artigos (<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/about/submissions>), obedecendo aos critérios:

1) Devem constar na primeira página: Título de acordo com a língua do artigo (em caixa alta, centralizado), abaixo e alinhado à direita e separados por linha o(s) Nome(s) do Autor(es) (em nota de rodapé, as informações do autor com relação à titulação, local de trabalho, origem do trabalho teórico, órgão financiador do projeto (quando aplicável), endereço completo e e-mail). Resumo em parágrafo único (respeitando o limite de 250 palavras, espaçamento simples) e, separado por parágrafo alinhado à esquerda, 3 (três) palavras-chave na língua original do manuscrito.

Devendo contar, também, Título pleno em inglês compatível com o título original (em caixa alta, centralizado), abaixo e separado por parágrafo o “Abstract” (respeitando o resumo na língua do manuscrito), além de três "Keywords", separadas por ponto. Quando o texto original submetido estiver em inglês, esta etapa contará com a apresentação do resumo e palavras-chaves em Português.

**Importante:** As ideias do texto, o Abstract e as Referências, constantes no artigo científico, são de responsabilidade do autor.

2) Na formatação, o corpo do texto deve apresentar obrigatoriamente Introdução (que contemple a Fundamentação Teórica) Método utilizado, Resultados/Discussões, Considerações Finais e Referências Bibliográficas. Além de estar digitado em espaço 1,5 entrelinhas, em Word versão 2003 ou posterior, em páginas numeradas, com margens de 3 cm (superior e esquerda) e 2 cm (inferior e direita), justificado, na fonte “Times New Roman”, tamanho 12, em papel A4.

**Importante:** Nas Referências só devem constar as obras, em ordem alfabética, das efetivamente citadas no corpo do texto e deverão ser digitadas em espaçamento simples e separadas entre si por espaço duplo, além de alinhadas somente à margem esquerda.

3) Conter entre 10 e 20 páginas numeradas a partir da Introdução. Somente, em casos especiais, serão aceitos trabalhos com número inferior, desde que aceito pelo Conselho Editorial.

4) Os trabalhos deverão ser inéditos, escritos em português, inglês ou espanhol, de forma clara e concisa. Os trabalhos enviados não podem ser ou terem sido publicados ou submetidos à publicação em outra revista ou anais de evento.

5) As citações dos autores deverão ser feitas no corpo do texto, utilizando-se da forma “autor-data”, a saber:

a) Citação indireta: utilização da ideia do autor, porém sem a transcrição textual.

Exemplos:

- (SOBRENOME DO AUTOR, data de publicação);
- Sartre (1943) afirma que o homem é angústia...

b) Citação direta: transcrevendo o texto do autor:  
Exemplos:

- Citações diretas, de até 3 linhas, devem estar entre aspas duplas, no texto:

É neste cenário, que "[...] a AIDS nos mostra a extensão que uma doença pode tomar no espaço público. Ela coloca em evidência de maneira brilhante a articulação do biológico, do político, e do social." (HERZLICH e PIERRET, 1992, p.7).

- Citações diretas, com mais de 3 linhas, devem vir recuadas em 4 cm da margem esquerda, com letra menor que o texto (fonte 11), espaçamento simples, e sem aspas.

[...] para compreender o desencadeamento da abundante retórica que fez com que a AIDS se construísse como 'fenômeno social', tem-se freqüentemente atribuído o principal papel à própria natureza dos grupos mais atingidos e aos mecanismos de transmissão. Foi construído então o discurso doravante estereotipado, sobre o sexo, o sangue e a morte [...]. (HERZLICH e PIERRET, 1992, p.30).

### **Outros exemplos:**

- As obras de um mesmo autor com datas idênticas, proceder: Baudrillard (2000a), Baudrillard (2000b) e assim sucessivamente;
- Obras com dois autores, citar: (BROW; MEYER, 2000);
- Mais de três autores, citar o primeiro autor com o complemento da expressão et. al.

6) As notas de rodapé devem ser utilizadas, minimamente, para destacar alguma explicação e colocadas no pé das páginas por meio de números sequenciais, seguindo as referências numéricas constantes no corpo do texto.

7) Gráficos e tabelas deverão ser colocados na ocorrência do texto, com as respectivas indicações de localização, fonte e explicação.

8) Os trabalhos que estiverem distintos das normas sugeridas, não serão remetidos aos pareceristas, mas devolvidos aos autores para a devida adequação às normas.



9) Os autores serão responsáveis pelos dados, conceitos emitidos e Referências citadas em seus artigos.

10) Os trabalhos serão submetidos sigilosamente à apreciação do Conselho Científico ou a relatores de pareceres *Ad hoc*, sendo publicados após o parecer favorável de, pelo menos, dois membros, de acordo com a programação a ser definida pelo Conselho Editorial, dependendo da quantidade de trabalhos aprovados, obedecendo-se a ordem cronológica de submissão.

**Importante:** Os autores receberão as informações sobre a aceitação do trabalho (via e-mail pessoal e "notícias" constante no site da revista. Os autores, dos trabalhos recusados, serão informados via e-mail pessoal.

11) As possíveis sugestões dos pareceristas ou do Conselho Editorial de modificações nos trabalhos, serão remetidas, sigilosamente, aos autores.

12) Quando do aceite de publicação do manuscrito a Revista VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências, os autores se comprometem a enviar carta de declaração de responsabilidade e transferência de direitos de publicação, além de arquivo digitalizado do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (quando couber).

13) Os autores, ao submeterem os seus trabalhos, estão concordando com a Cessão dos Direitos Autorais à VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências, conforme disposições de veiculação e acesso livre dos leitores aos textos, desde que citando a fonte de referência e os respectivos créditos do autor.