

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

MARIA AMÉLLIA DE QUEIRÓS NASCIMENTO MALAQUIAS

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: A ASSOCIAÇÃO
ENTRE O TEMPO DE TRATAMENTO E
SINTOMATOLOGIA COM A ADESÃO

Afogados da Ingazeira

2018

MARIA AMÉLLIA DE QUEIROS NASCIMENTO MALAQUIAS

**TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: A ASSOCIAÇÃO
ENTRE O TEMPO DE TRATAMENTO E
SINTOMATOLOGIA COM A ADESÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Danielle Chianca de Andrade Moraes

Afogados da Ingazeira

2018

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: A ASSOCIAÇÃO ENTRE O TEMPO DE TRATAMENTO E SINTOMATOLOGIA COM A ADESÃO.

ANTIRETROVIRAL THERAPY: THE ASSOCIATION BETWEEN TREATMENT TIME AND SYMPTOMS WITH ACCESSION.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: LA ASOCIACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA CON LA ADHESIÓN.

Resumo

Objetivo: Verificar a associação da adesão à TARV com o tempo de tratamento e sintomatologia. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, observacional, com corte transversal, realizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado no Sertão do Pajeú - PE. **Resultados:** Obtidos 56,4% do sexo masculino, com faixa etária predominante dos 40 a 60 anos, escolaridade de ensino do primeiro grau incompleto 58,2%, tempo de diagnóstico entre 1 a 5 anos 40%. Os dados demonstram que a 60% usam o preservativo no ato sexual, e 50,9% se contaminaram por via sexual. Percentual de 98,2 encontrava-se assintomáticos com carga viral indetectável 50,9% e com adesão inadequada 80,0%. Adesão com a sintomatologia $p < 0,05$ e com tempo de tratamento $p=0,2001$. **Conclusão:** Não houve associação estatística entre o tempo de tratamento e a adesão à TARV ($p=0,2001$). Contudo, houve associação estatística entre as pessoas sintomáticas e a adesão à TARV ($p < 0,05$).

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

Abstract

Objective: check the association of ART adherence with treatment time and symptomatology. **Methods:** A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study was performed at the Specialized assistance Service (SAE), located in the Sertão do Pajeú - PE. **Results:** 56.4% of males, with predominant age range from 40 to 60 years old, incomplete elementary school education 58.2%, diagnosis time between 1 and 5 years 40%. The data show that 60% use the condom in sexual intercourse, and 50.9% have sexually contaminated. Percent of 98.2 were asymptomatic with undetectable viral load 50.9% and with inadequate adherence 80.0%. Adherence with symptomatology $p < 0.05$ and treatment time $p = 0.2001$. **Conclusion:** There was no statistical association between the time of treatment and adherence to ART ($p = 0.2001$). However, there was statistical association between symptomatic individuals and adherence to ART ($p < 0.05$).

Keywords: Aids; HIV; accession; antiretroviral therapy.

Resumen

Objetivo: comprobar la asociación de la adhesión a la TARV con el tiempo de tratamiento y sintomatología. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, con corte transversal, realizado en el Servicio de asistencia Especializada (SAE), localizado en el Sertão do Pajeú - PE. **Resultados:** Obtenidos 56,4% del sexo masculino, con rango de edad predominante de los 40 a 60 años, escolaridad de enseñanza del primer grado incompleto 58,2%, tiempo de diagnóstico entre 1 a 5 años 40%. Los datos demuestran que a 60% usen el preservativo en el acto sexual, y el 50,9% se contaminó por vía sexual. Porcentaje de 98,2 se encontraba asintomático con carga viral indetectable 50,9% y con adhesión inadecuada 80,0%. Adhesión con la sintomatología $p < 0,05$ y con tiempo de tratamiento $p = 0,2001$. **Conclusión:** No hubo asociación estadística entre el tiempo de tratamiento y la adhesión a la TARV ($p = 0,2001$). Sin embargo, hubo asociación estadística entre las personas sintomáticas y la adhesión a la TARV ($p < 0,05$).

Palabras clave: Sida; VIH; la adhesión; terapia antirretroviral.

INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma preocupação em todo o mundo. Infecção causada pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), ao longo dos anos foi vista, culturalmente, como uma sentença de morte por aqueles que recebiam este diagnóstico. Com isso, desde a década de 80, medicamentos antirretrovirais (ARV) estão na linha de tratamento a aids na tentativa de melhorar a vida dos pacientes com tal síndrome ^{1,2}.

Com o advento, em 1996, das novas classes de ARV os inibidores da protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídios, foi possível mudar o perfil epidemiológico possibilitando aos pacientes a conviverem com a doença e assim não está num estado de dependência dela. Tal terapia muda o conceito da doença que era vista como resultado de morte, para caráter crônico ^{3,4}.

Neste sentido, com a nova classe de antirretrovirais observou-se benefícios aos pacientes com HIV/aids proporcionados um aumento da expectativa de vida, diminuição das complicações oportunistas, mortalidade e internações hospitalares, diminuição do crescimento de novos casos de infecção pelo HIV, com a redução da carga viral no sangue ⁵.

Além disso, observou-se no Brasil que a taxa de detecção de aids tem apresentado uma estabilidade nos últimos 10 anos, com media de 20,7 casos. O nordeste ao contrário, apresenta uma tendência crescente de 11.2 casos em 2006 para 15.3 em 2016. Com relação à mortalidade no Brasil houve uma queda de 5% nos últimos anos ⁶.

No Brasil, a lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, vem garantir acesso universal e gratuito às medicações ARV para pessoas vivendo com HIV/aids, tornando necessário seu tratamento, sendo assim, uma ferramenta importantíssima no combate à

epidemia da aids ⁷.

Contudo, apesar do acesso universal e gratuito, e das novas classes antirretrovirais, o efetivo tratamento tem sofrido influência de um aspecto essencial no tratamento: a adesão. Podem-se destacar os seguintes fatores que influenciam na adesão do paciente ao tratamento: mudanças na rotina de vida com horários rígidos, fatores econômicos, uso de álcool e outras drogas, complexidade do tratamento, efeitos colaterais das medicações, número de pílulas, sintomas da síndrome, e outros ⁸.

A não adesão aos medicamentos traz consigo inúmeros aspectos negativos as pessoas vivendo com HIV/aids tanto no aspecto individual (não efetividade do tratamento) quanto coletivo (disseminação do vírus). Também, com a não adesão, pode-se apresentar a origem de micro organismo resistente e agravamento da doença de forma irreversível ⁹.

Diante de tantos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, a ausência de sintomas, no sentido de estar se sentindo bem é um fator para que o paciente deixe de tomar a medicação, abandonando assim o tratamento. Essa busca por ajuda só acontece quando o paciente adocece e a eminência de morte assim o acompanha ^{10, 11}.

Por outro lado a sintomatologia pode auxiliar no fortalecimento da adesão tendo em vista que a lembrança dos sintomas da aids no início da infecção motiva o paciente a tomar corretamente as medicações por medo das doenças oportunistas e voltar novamente ao hospital ¹².

Com relação ao tempo de tratamento os estudos apontam um fator influenciador. Pacientes com menos tempo de tratamento, entre 1 a 5 anos, aderem mais efetivamente a terapia antirretroviral comparado aos pacientes com mais de 10 anos de

tratamento ¹¹. Contudo, em outras investigações o maior tempo de tratamento levou a uma maior adesão como no estudo ¹².

A adesão à terapia é um processo complexo e dinâmico no qual o paciente e os profissionais de saúde são a chave para o sucesso terapêutico e fortalecimento da terapia. A disposição e competência do profissional, a comunicação clara, a discussão com o paciente sobre decisões referentes ao tratamento e informações adequadas ajuda no sentido da crescente adesão ¹³.

O presente estudo mostra-se necessário, pois poucas pesquisas estudaram mais profundamente as variáveis, tempo de tratamento e sintomatologia, e também pela existência de divergências com relação as variáveis estudadas com relação a adesão ao tratamento, mostrando-se ora mantendo relação na adesão, ora não sendo significantes ^{14,13}.

Diante deste cenário, objetivo geral desse estudo é descrever a associação da adesão à TARV com o tempo de tratamento e sintomatologia, com a finalidade de subsidiar possíveis intervenções, fortalecimento da rede, bem como proporcionar o aumento da manutenção da saúde das pessoas infectadas pelo HIV da X Regional de Saúde do Estado de Pernambuco.

Será realizado também perante resultados encontrados a descrição do perfil sociodemográficos dos entrevistados e classificaremos a adesão do SAE.

MÉTODOS

O estudo teve caráter quantitativo, descritivo, observacional, com corte transversal. Sendo realizada no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) da X Regional de Saúde, localizado na cidade de Afogados da Ingazeira que, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, corresponde a um dos 03 SAE da macrorregião Sertão, de um total de 37 SAE do Estado ¹⁵ no qual assiste 12 municípios¹⁶

Segundo o censo demográfico realizado em 2010, pelo IBGE, a X Regional de Saúde contabilizaram uma população de 180.780 habitantes do Estado de Pernambuco ¹⁶.

A pesquisa foi realizada com “pacientes vivendo com HIV” (PVHIV) em acompanhamento no SAE. A população foi composta pelos pacientes vivendo com HIV/Aids, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos que estejam em uso de TARV há pelo menos 6 meses e façam o monitoramento da carga viral e CD-4 nos respectivos SAE.

A amostra de 55 usuários foi determinada considerando a população média do SAE, cadastrada no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, no ano de 2016. O tamanho da amostra foi determinado, considerando-se: tamanho da população do SAE; margem de erro de 5%; nível de confiança de 95%; percentual de perdas de 10%; prevalência de 75% ¹⁷ Os cálculos foram feitos através do EPI-INFO[®] na versão 7.1.5.

Seguiram-se os critérios de inclusão para a pesquisa pacientes com idade maior ou igual há 18 anos, em uso de terapia antirretroviral há pelo menos 06 meses e que realizavam TARV no SAE do estudo. Foram excluídos portadores de déficit cognitivo, gestantes e pacientes em que não foi possível identificar prontuário.

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**, dividido em dois blocos: Bloco I - Dados Sociodemográficos, no qual as informações foram coletadas por meio de entrevista; e Bloco II – Aspectos Clínicos, onde foram coletadas as informações através dos registros dos prontuários.

O comportamento de adesão à TARV foi classificado a partir da aplicação da versão validada para a língua portuguesa do “**Cuestionario para laEvaluación de laAdhesión al TratamientoAntiretroviral**” – **CEAT-VIH**¹⁸. Trata-se de um instrumento auto-informe, composto por 20 questões pontuadas que abordam os principais fatores que podem interferir na adesão à TARV em adultos na adesão à TARV: 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.

Nesse estudo, as PVHIV que apresentaram percentual de adesão maior ou igual a 85% serão classificadas como adesão adequada, em vez de adesão estrita, e os que apresentaram percentual de adesão menor que 85% serão classificados como adesão inadequada. Essa adaptação foi feita para facilitar as análises bivariadas, facilitando a associação e conseqüentemente 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 ^{19,20}.

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

O estudo foi submetido à apreciação e aprovado a partir do parecer nº 2122011 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e foi adquirida a anuência formal dos SAE de Pernambuco. Na coleta dos dados, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em obediência a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos ²¹.

RESULTADOS

Realizada a aplicação dos questionários com PVHIV onde nenhum questionário foi excluído e nenhum paciente recusou-se a participar, alcançou-se assim um total de 55 usuários do SAE. A Tabela 1 apresenta as variáveis relacionadas aos dados socioeconômicos e demográficos, onde percebe-se que dentre eles 56,4% eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária, a predominância foi dos 40 a 60 anos com 49,1 % e com escolaridade de ensino do primeiro grau incompleto 58,2%.

Com relação a outras variáveis sociodemográficas dos resultados coletados obtivemos que 38,2% são casados, 67,3% possuem religião, 54,5% tendo uma renda de 1 a 2 SM, 50,9% afirmaram serem pardos, 52,7% contribuem totalmente com o sustendo da família, 50,9% não recebem benefício social e 74,5% não trabalham, conforme expostos na tabela 1.

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

Variáveis sociodemográficas	N	%
Total	55	100
Sexo		
Feminino	24	43,6
Masculino	31	56,4
Faixa etária		
18 a 28	4	7,3
29 a 39	24	43,6
40 a 60	27	49,1
> 60	0	0,0
Grau de instrução		
Nenhum	2	3,6
1º grau completo	10	18,2
1º grau incompleto	32	58,2
2º grau completo	4	7,3
2º grau incompleto	5	9,1

Superior completo	2	3,6
Superior incompleto	0	0,0
Estadocivil		
Casado ou mora com companheiro	21	38,2
Solteiro	25	45,5
Viúvo	2	3,6
Separado ou divorciado	7	12,7
Religião		
Sim	37	67,3
Não	18	32,7
Renda - SM⁽¹⁾		
Até 1 SM	24	43,6
1 a 2 SM	30	54,5
2 a 3 SM	1	1,8
3 a 4 SM	0	0,0
> 4 SM	0	0,0
Raça		
Amarela	5	9,1
Branca	11	20,0
Indígena	2	3,6
Parda	28	50,9
Negra	9	16,4
Contribuição		
Totalmente	29	52,7
Parcialmente	14	25,5
Não	12	21,8
Benefício		
Sim	27	49,1
Não	28	50,9
Trabalha		
Sim	14	25,5
Não	41	74,5

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

(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).

A tabela 2 apresenta a distribuição das PVHIV em tratamento antirretroviral, explanando sobre as variáveis de saúde e comportamentais, no SAE. Observa-se na conclusão dos dados que a maioria dos usuários não realiza atividade física 74,5 % e que possuem tempo de diagnóstico entre 1 a 5 anos 40%. Os dados demonstram que a 60% usam o preservativo no ato sexual, e 50.9% se contaminaram por via sexual.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis de saúde e comportamentais, no Serviço de Assistência Especializada de Afogados da Ingazeira, Pernambuco - 2017.

Variáveis de saúde e comportamentais	N	%
Total	55	100
Realização de atividade física		
Sim	14	25,5
Não	41	74,5
Tempo de diagnóstico		
< 1 ano	5	9,1
1 a 5 anos	22	40,0
5 a 10 anos	16	29,1
> 10 anos	12	21,8
Participação grupos de educação em saúde		
Sim	2	3,6
Não	53	96,4
Tempo tratamento		
< 1 ano	6	10,9
1 a 5 anos	21	38,2
5 a 10 anos	17	30,9
> 10 anos	11	20,0
Filhos		
Sim	41	74,5
Não	14	25,5
Companheiro com HIV		
Sim	11	20,0
Não	20	36,4
Não possui companheiro	21	38,2
Não sabe	3	5,5
Uso de preservativo		
Sim	33	60,0
Não	18	32,7
As vezes	3	5,5
Não possui relação sexual	1	1,8
Meio de contaminação		
Vertical	0	0,0
Relação sexual	28	50,9
Aleitamento cruzado	0	0,0
Pérfuro cortante	0	0,0
Transfusão sanguínea	0	0,0

Não sabe	27	49,1
Drogas		
Sim	9	16,4
Não	46	83,6

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

No tocante das variáveis clínicas, dos 55 entrevistados, 98,2% encontravam-se assintomáticos com carga viral indetectável 50,9%. Segundo as informações colhidas nos prontuários 96,4% não tinham registro de doenças oportunistas, assim como 81,8% não possuíam anotação sobre adesão irregular (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis clínicas, no Serviço de Assistência Especializada de Afogados da Ingazeira, Pernambuco - 2017.

Variáveis clínicas	N	%
Total	55	100
Apresentação sintomatológica		
Sintomático	1	1,8
Assintomático	54	98,2
Esquema da TARV⁽¹⁾		
1 pílula/dia	36	65,5
2 pílulas/dia	12	21,8
3 ou mais pílulas/dia	7	12,7
Carga viral		
Indetectável	28	50,9
Detectável	27	49,1
Contagem CD4+		
< 200 cel/mm ³	6	10,9
200 a 350 cel/mm ³	17	30,9
> 350 cel/mm ³	32	58,2
Internamento pelo HIV		
Sim	11	20,0
Não	44	80,0
Doença oportunista		
Sim	2	3,6
Não	53	96,4
Registro de adesão irregular		
Sim	10	18,2

Não 45 81,8

Fonte: dados da pesquisa, 2017.
(1) TARV: Terapia antirretroviral;

Em relação à adesão ao tratamento antirretroviral, conforme apresenta a tabela 4, obteve-se uma adesão inadequada 80,0% dos entrevistados. As associações entre as VARIÁVEIS tempo de tratamento e sintomatologia com a adesão à TARV, estão apresentadas na Tabela 5. Não houve associação significativa entre a adesão e tempo de tratamento com os antirretrovirais. Contudo, observou-se uma associação significativa entre a presença de sintomas e a adesão à TARV ($p < 0,05$).

Tabela 4: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, no Serviço de Assistência Especializada de Afogados da Ingazeira, Pernambuco - 2017

Nível de adesão	N	%
Total	55	100
Inadequada	44	80,0
Adequada	11	20,0

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Tabela 5: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo sintomatologia e tempo de tratamento, no Serviço de Assistência Especializada de Afogados da Ingazeira, Pernambuco - 2017

Variáveis	Nível de adesão ⁽¹⁾				P-valor ⁽²⁾
	Inadequada		Adequada		
	n	%	n	%	
Sintomatologia					
Sim	1	9,1	0	0	0.04355 ^(*)
Não	10	90,9	44	100	
Tempo tratamento					
< 1 ano	1	9,1	4	9,1	0.2001
1 a 5 anos	3	27,3	19	43,2	
5 a 10 anos	6	54,5	10	22,7	

> 10 anos	1	9,1	11	25,0	
Total	11	100	44	100	

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

(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 Qui-Quadrado de Pearson.

(*) Diferença significativa ao nível de 5%.

DISCUSSÃO

Dados Sociodemográficos

No estudo, dos 55 entrevistados, identificou-se na amostra a existência de uma grande quantidade de homens vivendo com HIV 56,4% realidade de predominância masculina que corrobora com diversos estudos^{23 - 26}. Porém é importante considerar o tamanho da amostra para mulheres, neste estudo, que com 43,6% mostra um percentual da classe feminina crescente nos números de casos da doença conforme os estudos fora do País e também no País, como em Moçambique e Belo Horizonte, Sul do Brasil e em Toledo/PR^{8, 26, 27}.

A faixa etária foi de 40 a 60 anos com 49,1 % sendo um cenário nacional^{10, 12} porém é de relevância observar a aproximação neste estudo da faixa etária entre 29 a 39 anos 43,6% mostrando equivalência com outros estudos^{11,23} fazendo refletir sobre o número de pessoas mais jovens que estão sendo acometidas pela doença.

Em relação ainda aos dados sociodemográficos o presente estudo revela uma população em sua superioridade solteiros, que possuem alguma religião, se declarando pardos e contribuem totalmente para o sustento de sua família, conforme mostra a tabela 1. Tais dados encontrados também demonstra semelhança com outros estudos^{23,24}. Um estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁰ é diverge quanto a variável estado civil no qual descreve que 50% da pesquisa são de pessoas com união estável, assim como outros estudos no Brasil⁸.

A escolaridade dominante entre os entrevistados é do primeiro grau incompleto 58,2%, realidade brasileira²⁴ o que reflete na dificuldade de acesso a informações e compreensão do tratamento e assim podendo ser um fator de limites para a adesão

contribuindo muitas vezes ao abandono ²⁶. São, em maior número também neste estudo, usuários que não trabalham 74,5 % e não recebem nenhum benefício sociais 50,9%.

Saúde e Comportamentos

Os hábitos de vida e o cuidado que temos com a nossa saúde reflete na melhor qualidade de vida, como, por exemplo, a atividade física semanalmente. Alguns comportamentos como o sedentarismo e o uso de droga acarretam risco à saúde e consigo trazem problemas, como exemplo, a não adesão ao tratamento antirretroviral ²².

No estudo verificou-se que 74,5% não realizam atividade física, um número muito alto de pessoas que estão na faixa etária de adultos (40 a 60 anos) e que não tem nenhum empecilho para praticarem atividade física. Outros fatores que também interfere na qualidade de vida é o uso de drogas e a prática sexual.

Com relação ao uso de drogas 83,6% afirmaram não utiliza-las. Isso é dado importante para o estudo e principalmente para os usuários, pois o uso de drogas ilícitas pode interferir no TARV podendo ter o risco de toxicidade, aceleração a evolução da doença, dificultando o uso correto das medicações e falhas no tratamento devido ao uso do álcool também pode acontecer. O uso do álcool acarreta riscos que favorecem o abandono, relatos que corroboram com outros estudos ^{8,22}.

A prática sexual deve ser feita com uso de preservativos, pois só assim prevenimos a transmissão do vírus do HIV. Dos entrevistados 60% declararam que usam preservativos nas suas relações sexuais sendo convergente com outros estudos,mostrando um aspecto importante onde à maioria das PVHIV estão fazendo o uso da camisinha ²².

Mas a percentagem de 32,7% que não usam preservativos nas relações sexuais podem ser facilitadores para a transmissão do vírus, pois se têm no estudo um

percentual de 50,9% que adquiriram o vírus pela via de contaminação sexual corroborando com os estudos¹³.

Uma variável importantíssima, que seja um facilitador na adesão ao tratamento é a participação destes usuários em grupos específicos para diálogo sobre o tema HIV/AIDS, pois tais espaços sociais ajudam no aumento do conhecimento, na partilha de experiências, na ajuda para autoestima, autocompreensão da doença e nas dúvidas sobre todo o processo do tratamento, infelizmente 96,4% não participam de nenhum grupo voltado para eles, nem no SAE nem nas Unidades de Saúde a qual são cadastrados.

Tal estratégia auxilia o vínculo do paciente com a Equipe de Saúde sendo uma ferramenta indispensável também para a adesão ao tratamento antirretroviral que por meio do acolhimento, consultas e dinâmicas em grupos temáticos que ajudam o usuário ao enfrentamento do processo do cuidar da saúde proporcionando uma relação cada vez mais ascendente da adesão com a qualidade de vida¹³.

Em relação ao tempo de diagnóstico a predominância foi entre 1 a 5 anos com percentual de 38,2% semelhante ao Silva e Romeu realizado no Nordeste do Brasil, assim como o presente estudo^{11,14}.

Variáveis Clínicas

Constatou-se que dos pacientes entrevistados 98,2% apresentavam-se, no momento da consulta, assintomáticos e com carga viral indetectável 50,9%. A contagem de CD4+ encontrou-se maior que 350 cel/mm³ o que esta diretamente relacionada com a piora do quadro da doença e o aparecimento dos sinais e sintomas; e inversamente

proporcional à qualidade de vida. Resultados de carga viral indetectável e contagem de CD4+ alta também se obtiveram em estudo na literatura¹³.

A adesão ao tratamento trás consigo diversas vantagens ao pacientes com relação ao quadro clínico da doença, aumentando a expectativa de vida e mostrando-o que eles podem ter uma melhor qualidade de vida. Pacientes que não aderem ao tratamento tem menores escores nos domínios (físicos, psicológicos, independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/religião) relacionados a Qualidade de Vida segundo estudo¹³.

O presente estudo aponta para uma adesão inadequada 80% para os pacientes que fazem uso da Terapia antirretroviral. Existem diversos estudos similares, quanto aos resultados de insatisfatório, inadequado, baixo/regular, insuficiente/regular, insuficiente^{11, 23,24} diferente do estudo realizado em três centros urbanos do sul do Brasil com um número de 79,2% de pacientes que foram considerados aderentes ao tratamento, assim como num município do interior paulista 75%²⁷.

Isto é uma realidade do cenário nacional das pessoas vivendo com HIV/aids que se torna preocupante com relação as vantagens positivas do TARV que devem ser pautas em todos os planejamentos dos profissionais de saúde que trabalham e cuidam diretamente destes pacientes. É responsabilidade de toda a equipe acompanha – lós de forma holística e assim traça estratégias de melhoria para a adesão.

Adesão segundo Sintomatologia e Tempo de tratamento

Quando se fala de tempo de tratamento correlacionado com a adesão os estudos divergem quanto ao assunto. Alguns estudos afirmam que o tempo de tratamento pode ocasionar diferentes níveis de adesão e complementam que pacientes com menor tempo

de diagnóstico, por exemplo, tem maiores chance de ter adesão, são mais fies, ao tratamento ^{11, 14}.

Em contra partida outros estudos apresentam que menos tempo de diagnóstico é um fator contribuído para não adesão ao tratamento, pois os pacientes estão se adaptando ao novo hábito de vida²³.

No Presente estudo obteve-se um resultado para tempo de tratamento de predominância de 1 a 5 anos de 38,2% dos pacientes atendidos no SAE e quando realizado associação estatística do tempo de tratamento e a adesão à TARV não houve resultado significativo com $p= 0,2001$.

Os sinais e sintomas da doença, a gravidade e o estado geral do pacientes são fatores que influenciam na adesão do paciente à TARV. Estes se comportam também de muitas formas quando relacionados à adesão. Alguns estudos afirmam que se sentir melhor, estar bem ou ter a lembrança dos sintomas são aspectos para que haja a adesão ao tratamento^{8, 27}.

Contudo existem estudos que comprovam que a melhora no estado geral do paciente com ausência dos sintomas pode facilitar o mesmo a não aderir ao tratamento pelo simples fato de achar que estar bem e não precisar mais das medicações e assim abandona o tratamento ²⁹.

Num estudo realizado em outra localidade brasileira os pacientes afirmaram que o fato de se sentirem sadios, sem sinais nem sintomas que sugerissem Aids eram fatores para não tomarem a medicação e assim se configurando a não adesão ao tratamento ³⁰.

Na presente estudo a associação estatística com relação a adesão à TAVR e as pessoas sintomáticas houve um resultado significativo com $p < 0,05$. Mostrando que as manifestações clínicas, o medo de sentir novamente ou pela primeira vez os sintomas

são fatores que influenciaram aos pacientes a aderem a Terapia corroborando com os estudos ^{8,10}.

É importante pontuar que não existe ainda um consenso na literatura sobre a influência na adesão com relação ao tempo de tratamento ou manifestações da doença como mostrado nos estudos acima citados. A diversidade de resultados que podemos obter, contudo, são características de cada Unidade de Atendimento e assim contribui para que, na melhor interpretação, possam trazer estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada que gere uma adesão adequada dos usuários à TAVR.

O aconselhamento pontuado nos riscos do desenvolvimento da aids, rodas de conversa, partilha de casos reais de pessoas que sofreram com a não adesão, acompanhamento mensal pela farmácia da retira das medicações, se necessário pela, Equipe de Saúde da Família, o acompanhamento na tomada de doses supervisionadas, acompanhamento pelo ACS, encaminhamentos a psicologia, psiquiatra ou outras especializações são estratégias planejadas individualmente ou coletivamente para a ajudar ao Paciente no enfrentamento a adesão à TAVR.

Deve – se ter o olhar para a necessidade real do usuário e mobilizar a gestão, Equipe da SAE, Equipe da ESF, Família, sociedade e toda a Rede de Saúde para a resolutividade dos problemas de saúde, lembrando que este é um dos princípios fundamentais do SUS.

Na fundamentação da literatura não se encontrou artigos atuais que explanassem sobre a relação da adesão com o tempo de tratamento e sintomatologia. Não acrescentando mais resultados ao presente estudo sobre a situação encontrada pelas pesquisas, que contribuem nos aspectos fundamentais para a estabilização da doença.

A interrupção do tratamento pode gerar diversos transtornos aos pacientes, pois cada fase da doença gera conceitos diferentes de qualidade de vida, tendo cuidado com o aumento da taxa de abandono e os riscos de doenças oportunistas e até de acontecer hospitalizações^{8, 13}.

É importante pontuar que o encontro com a espiritualidade/ religião, apoio social e familiar, o vínculo com os profissionais de saúde são essenciais para uma adequada adesão e enfrentamento das diversidades do tratamento¹².

Este assunto se torna um desafio ao setor público de saúde que deve monitorar as taxas de adesão, analisar as dificuldades e peculiaridades dos pacientes a falência no tratamento com a finalidade de planejar estratégias para mudança deste cenário, pois a adesão a terapia é indispensável para a qualidade de vida do paciente e controle da aids³¹.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem primeiramente ao Senhor Deus, aos profissionais do CTA/SAE Afogados da Ingazeira pelo apoio e ajuda nas coletas; a orientadora Danielle Chianca pelo companheirismo e disponibilidade; Agradecer também o apoio da Coordenação Estadual de IST/HIV/HV, na pessoa do Dr. François.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Malaquias MAQN contribuiu com a execução da pesquisa, redação do artigo científico; Moraes DCA, concepção do projeto, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Grego DB. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectiva. Estudos avançados. 2008 dez; 22: 73-94. São Paulo.
2. Seild EMF, Melchades A, Farias V, Brito, A. Persons living with HIV/aids: factors associated with adherence to antiretroviral treatment. Caderno de Saúde Pública. 2007 23(10): 2305-2316.
3. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care. Caderno Saúde Pública. 2007 23(3): 345-349.
4. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A Cronicidade no Processo Saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. Rev. Enferm UERJ 2006 14(3): 455-462.
5. Sá CAM, Pinto JFC, Ferry FRA. Os riscos das falhas da profilaxia à infecção HIV com o uso de antirretrovirais. Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online. 2012 out/dez 4(4): 2972-2979.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Resolução 410/2016. 2016 Brasília.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira. 1999 Brasília.
8. Santos W, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte- MG. Revista Brasileira de Enfermagem 2011 nov/dez; 64(4): 1028-1037. Brasília.
9. Waidman MAP, Bessa JB, Silva FLC. Viver com aids e sofrer psicicamente. Revista Rene. 2011 12(1): 173-180.
10. Paschoal EP, Santos CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem. 2014 jan/mar ; 18(1): 32-40.
11. Silva RAR, Nelson AR, Duarte FHS, Prado NCC, Holanda JRR, Costa DARS. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes com Aids. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2017 Jan/mar ;9(1) : 15-20.

12. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município no interior paulista. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017 mar; 38(1):631-58.
13. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2014 nov/dez; 22(6) : 994-1000.
14. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhaes KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Revista Brasileira de Farmácia. Hosp. Serv. Saúde*. 2012 jan/mar ; 3(1): 37-41 São Paulo.
15. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Coordenação de IST/Aids/Hepatites Virais. 2016
16. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico de Pernambuco. 2013 Recife. Disponível em: <https://epidemiologiagestao.files.wordpress.com/2015/08/perfil-pe-2013.pdf>
17. 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. 2010 Brasília.
18. Remor E, milner-moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.” *Revista Saúde Pública*, 2007 41(5):685-94.
19. BEZABHE, WM. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. A Meta-Analysis. *Medicine*, 2016; 95(15):1-9. On line. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082595>. Acesso em: 02 nov 2017
20. 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
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Resolução 410/2016. Brasília: 2016.
22. Silva RAR, Silva RTS, Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, Silva BCO. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2016 v8i2: 4689-4696.

23. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015 28(1): 48-53.
24. Moraes DCA, Oliveira RC, Motta MCS, Ferreira OLC, Andrade MS. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Revista De Pesquisa Cuidado é fundamental Online*. 2015 out/dez 7(4): 3563-3573.
25. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses de terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. 2015 jun; 31(6) : 1188-1198.
26. Pires PN, Marega A, Creagh JM. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo VIH nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Revista Portuguesa e Medicina Geral e Familiar*. 2017 33: 30-40.
27. Tietzmann DC, Béria JU, Santos GM, Mallmann DA, Trombini ES, Schermann LB. Prevalências de adesão antirretroviral e fatores associados em pacientes adultos de três centros urbanos do Sul do Brasil. *Aletheia* 41 2013 maio/ago; 154-163.
28. Lorscheider JA, Geronimok, Colacite J. Estudo da adesão à terapia antirretroviral para HIV/aids de pacientes atendidos no município de Toledo/PR. *ACTA Biomedicina Brasileira*. 2012 jun; 3(1): 41-51.
29. Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Assessment of adherence to antiretroviral drugs in a municipality in southern Brazil. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*. 2009 42(2): 131-136.
30. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. Fatores que Inteferem na adesão de gestantes com HIV/aids à terapia antirretroviral. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2011 out/dez; 24(4): 396-403.
31. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão de Literatura. *Arct Health invest*. 2017 6(2): 65 -70.

ANEXO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24(2):197-206.
- Volume com suplemento
2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.
- Número com suplemento
3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.
- Em fase de impressão
4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro:

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo:

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras.

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza.

Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos.

Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de*

editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004.
272p.)