



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**LUIZA BRUM ARGENTA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE REALIZAM ACOMPANHAMENTO NA  
CAPITAL DE RORAIMA**

**BOA VISTA, RR  
2020**

**LUIZA BRUM ARGENTA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE REALIZAM ACOMPANHAMENTO NA  
CAPITAL DE RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde na Amazônia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin.

**BOA VISTA, RR  
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

A689a Argenta, Luiza Brum.

Adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida de  
pessoas vivendo com HIV que realizam acompanhamento na capital  
de Roraima / Luiza Brum Argenta. – Boa Vista, 2020.

97 f. : il

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel.

Coorientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – HIV. 2 – Adesão à medicação. 3 – Qualidade de vida. 4 –  
Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. 5 – Assistência Integral à  
Saúde. I – Título. II – Maciel, Jackeline da Costa (orientadora.) III –  
Padoin, Stela Maris de Mello (coorientadora.)

CDU –616.988 (811.4)

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista: Shirdoill  
Batalha de Souza – CRB11/573-AM

**LUIZA BRUM ARGENTA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E QUALIDADE DE VIDA DE  
PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE REALIZAM ACOMPANHAMENTO NA  
CAPITAL DE RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde na Amazônia. Defendida em 30 de outubro de 2020 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

*Jackeline Costa Maciel*

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel**  
Orientadora/Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) – UFRR

*Fabiola C. Almeida de Carvalho*

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Fabíola Christian Almeida de Carvalho**  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) – UFRR

*Gabrielle Mendes Lima*

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Gabrielle Mendes Lima**  
Curso de Medicina – UFRR

Dedico este trabalho aos meus pais, Liane e Cleber; aos meus irmãos, Rodrigo e Aline e ao meu noivo, Francisco. Gratidão por todo apoio, amor e força. Amo vocês até além da vida!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a vida e me permitiu chegar até aqui, me dando forças para continuar e não desistir; que me cuidou quando eu estava cansada e me protegeu em todos os momentos, com seu amor e luz.

Agradeço imensamente aos meus pais, Liane e Cleber, por serem meu porto seguro, por me apoiarem em todos os momentos, até nos mais difíceis, e por sempre se fazerem presente mesmo estando longe fisicamente, com seu amor incondicional. Vocês são a razão do meu viver. Amo vocês eternamente.

Ao meu irmão, Rodrigo, por ser meu suporte e sempre vibrar por mim, me incentivando a ser melhor a cada dia. Obrigada por ser meu mestre e me guiar no caminho da vida. És um exemplo de resiliência para mim. Te amo muito.

À minha irmã, Aline, por ser minha guia e me orientar tanto na vida pessoal quanto acadêmica. Tu és o meu exemplo de fortaleza e rocha. A pessoa que sempre acreditou na minha capacidade e me motivou a ir além, me ajudando em todos os momentos. Gratidão e amor eternos.

Ao meu noivo, Francisco, por ser meu parceiro de vida e por acreditar plenamente na minha capacidade, me incentivando a buscar mais conhecimento e desenvolver minhas habilidades. Obrigada por tudo: pelo apoio, incentivo, cuidado, amor e até mesmo por insistir para que eu realizasse a prova de seleção para o mestrado e fazer silêncio quando eu precisava estudar. Te amo muito.

Ao meu cunhado, André, por ser como um irmão para mim, me fazer rir sempre com as suas brincadeiras, me incentivar e me motivar. Obrigada por tudo, és um exemplo para mim!

À minha cunhada, Aline, por também ser como uma irmã para mim. Obrigada por sempre torcer pela minha felicidade e pelo meu sucesso desde que nos conhecemos. Gratidão por tudo.

Aos meus filhos de quatro patas, Dora e Petit, que foram essenciais no meu dia a dia, me alegrando com seu amor sincero e verdadeiro, através de lambidas e mordidas. Eles me fazem ser uma pessoa melhor e são meus fiéis companheiros. Obrigada por serem exatamente como são, amo muito vocês.

Aos outros membros da minha família, que sempre vibraram com as minhas conquistas, gratidão! Em especial minha avó Iara, por sempre torcer por mim e desejar o meu melhor. Obrigada por se alegrar com as minhas vitórias e por todo apoio. Te amo vó.

À família do meu noivo, Estela, Roque, Cassiano e Samuel, gratidão pelo incentivo, apoio e pelas orações que me incentivaram a ser melhor a cada dia. Obrigada por tudo.

Aos meus amigos, próximos ou distantes fisicamente, que conseguiram se fazer presentes mesmo com a correria da vida adulta e acadêmica e entenderam as minhas ausências. Obrigada pelo suporte e por me fazerem rir, tornando a vida mais leve.

À Universidade Federal de Roraima (UFRR), por me permitir ser aluna e professora ao mesmo tempo. O aprendizado foi imenso! Nunca esquecerei dos ensinamentos de estar em uma universidade pública e de qualidade, no extremo Norte do país. Gratidão.

À minha orientadora, Jackeline, pelos ensinamentos, dedicação e apoio. Obrigada por embarcar nessa aventura junto comigo e por tornar a caminhada mais leve.

À minha coorientadora, Stela, por todo apoio, conhecimento e amizade construída desde a graduação. Obrigada por continuar me acompanhando e incentivando, mesmo que à distância.

Aos meus colegas e amigos do PROCISA, por todo apoio e incentivo. Obrigada por trilharem este árduo caminho junto comigo e por sempre lembrarmos uns aos outros: nós conseguiremos! Orgulho imenso de cada um de vocês.

Aos professores do PROCISA, pelos ensinamentos e trocas de conhecimento, que foram edificantes para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores do curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena do INSIKIRAN - UFRR, meus ex-colegas de trabalho, por compreenderem as minhas ausências, devido às aulas do mestrado, e por me incentivarem a aprimorar meus conhecimentos. Obrigada pelo apoio e incentivo! Vocês são exemplos.

Aos membros do grupo de pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por terem mantido contato mesmo com o meu afastamento físico e por todo auxílio nos momentos em que precisei. Vocês moram no meu coração.

Aos meus ex-alunos, seja da enfermagem ou da saúde indígena, gratidão a cada um por me mostrarem que posso melhorar a cada dia. Vocês me incentivaram a continuar buscando conhecimento e a quebrar paradigmas. Obrigada pelos ensinamentos e aprendizados.

Gratidão!

Todo conhecimento começa com o sonho. O sonho nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota das profundezas do corpo, como a alegria brota das profundezas da terra.

(Rubem Alves)

## RESUMO

A infecção pelo HIV é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tanto pelo seu impacto individual quanto social. Embora a política brasileira de acesso universal e gratuito aos antirretrovirais seja reconhecida internacionalmente, muitos estudos tem apontado que a maioria da população não apresenta bons níveis de adesão. Devido a carência de estudos que avaliem a adesão ao tratamento antirretroviral e a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV no estado de Roraima, este estudo objetivou avaliar o grau de adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos adultos em tratamento antirretroviral, em um serviço de assistência especializada. O estudo tem delineamento transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um centro de referência, localizado em Boa Vista – Roraima. A população do estudo foi composta por adultos vivendo com HIV, maiores de 18 anos, em tratamento antirretroviral há pelo menos 3 meses, que faziam acompanhamento no referido serviço. Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: questionário sociodemográfico e clínico, construído pela autora; “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” (CEAT-VIH); e “*HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument*” (HAT-QoL). As análises estatísticas foram realizadas no *SPSS Statistics 20*, sendo realizados testes descritivos para análise das variáveis sociodemográficas e clínicas. Para as demais análises, foram realizados teste de regressão logística linear, teste U de Mann-Whitney e teste de correlação de Pearson. Participaram da pesquisa 168 pessoas, sendo o perfil epidemiológico predominante caracterizado por homens, pardos, ensino médio completo, moradores da cidade de Boa Vista, solteiros, com idade média de 38 anos e renda mensal média de até 2,5 salários mínimos. A adesão foi insuficiente para 82% dos participantes, no entanto a maioria apresentou carga viral indetectável e níveis desejáveis de linfócito T CD4+. A avaliação de qualidade de vida apontou que as menores médias foram encontradas nos domínios preocupações financeiras, preocupações com o sigilo e confiança no profissional, apresentando vulnerabilidade quanto a estes aspectos. Os domínios preocupações com a saúde, preocupações com a medicação e função sexual obtiveram as melhores médias de qualidade de vida, sinalizando que quanto menor a preocupação com a saúde e com a tomada da medicação, maior a qualidade de vida dos indivíduos. A vida sexualmente ativa também é um fator importante para se obter bons níveis de qualidade de vida. Os resultados apontam ainda que a qualidade de vida está diretamente relacionada à adesão ao tratamento. Sendo assim, sugere-se capacitar os profissionais de saúde do serviço de referência para que os mesmos adotem estes instrumentos utilizados no estudo, que são de fácil aplicação e baixo custo, nos atendimentos multiprofissionais, afim de promover uma atenção integral à pessoa vivendo com HIV e para que ela não fique desassistida quanto aos diferentes aspectos da sua vida que influenciam no sucesso terapêutico. Dessa forma, consegue-se promover a saúde com tecnologias leves, a partir da produção de vínculo e acolhimento.

Palavras-chave: HIV. Adesão à Medicação. Qualidade de vida. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Assistência Integral à Saúde.

## ABSTRACT

HIV infection is considered a public health problem in Brazil and worldwide, both for its individual and social impact. Although the Brazilian policy of universal and free access to antiretroviral is internationally recognized, many studies have pointed out that the majority of the population does not have good levels of adherence. Due to the lack of studies that assess adherence to antiretroviral treatment and the quality of life of people living with HIV in the state of Roraima, this study aimed to assess the degree of adherence to treatment and quality of life of adults undergoing antiretroviral treatment, in a specialized assistance service. The study has a cross-sectional design and a quantitative approach. The research was carried out in a reference center, located in Boa Vista - Roraima. The study population consisted of adults living with HIV, over 18 years of age, who had been on antiretroviral treatment for at least 3 months, who were being followed up in the referred service. Three instruments were used for data collection: sociodemographic and clinical questionnaire, built by the author; "Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire" (CEAT-VIH); and "HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument" (HAT-QoL). Statistical analyzes were performed using SPSS Statistics 20, and descriptive tests were performed to analyze sociodemographic and clinical variables. For the other analyzes, linear logistic regression test, Mann-Whitney U test and Pearson correlation test were performed. 168 people participated in the survey, with the predominant epidemiological profile characterized by men, browns, complete high school, residents of the city of Boa Vista, single, with an average age of 38 years and an average monthly income of up to 2.5 minimum wages. Adherence was insufficient for 82% of participants, however the majority had undetectable viral load and desirable levels of CD4 + T lymphocyte. The quality of life assessment showed that the lowest averages were found in the domains financial concerns, confidentiality concerns and confidence in the professional, showing vulnerability in these aspects. The domains health concerns, medication concerns and sexual function obtained the best quality of life averages, signaling that the lower the concern with health and taking medication, the greater the quality of life of individuals. Sexually active life is also an important factor in achieving good levels of quality of life. The results also point out that quality of life is directly related to treatment adherence. Therefore, it is suggested to train health professionals in the reference service so that they adopt these instruments used in the study, which are easy to apply and low cost, in multidisciplinary care, in order to promote comprehensive care for people living with HIV and so that she is not neglected about the different aspects of her life that influence therapeutic success. In this way, it is possible to promote health with light technologies, based on the production of bonds and embracement.

**Keywords:** HIV. Medication Adherence. Quality of Life. Highly Active Antiretroviral Therapy. Comprehensive Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - MAPA DO ESTADO DE RORAIMA.....	24
<b>FIGURA 2</b> - COEFICIENTE DE MORTALIDADE DE AIDS (x100 MIL HABITANTES) E PERCENTUAL DE DECLÍNIO/INCREMENTO SEGUNDO UF DE RESIDÊNCIA, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL (2007-2018).....	25
<b>FIGURA 3</b> - GRÁFICO DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DA ESCALA DE QV DE PVHIV ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020. ....	48
<b>FIGURA 4</b> - CARACTERIZAÇÃO DE QV E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PVHIV ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020.....	52

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE HIV POR FAIXA ETÁRIA E ANO NO ESTADO DE RORAIMA.</b> .....	23
<b>TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE HIV POR MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RORAIMA.</b> .....	24
<b>TABELA 3 - ANTIRRETROVIRAIS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b>	26
<b>TABELA 4 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À ADESÃO AO TRATAMENTO.</b> .....	30
<b>TABELA 5 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES QUE VIVEM COM HIV E SÃO ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020. (CONTINUA)</b> .....	41
<b>TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES QUE VIVEM COM HIV E SÃO ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020. (CONTINUA)</b> .....	44
<b>TABELA 7 - ANÁLISES DESCRITIVAS DOS DOMÍNIOS PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH) DE ADULTOS VIVENDO COM HIV QUE FAZEM ACOMPANHAMENTO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020. ....</b>	47
<b>TABELA 8 - GRAU DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS VIVENDO COM HIV ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168), COM BASE NOS ESCORES BRUTOS (RAW SCORES). BOA VISTA-RR, 2020.</b> .....	47
<b>TABELA 9 - AVALIAÇÃO DA QV DE PVHIV ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168), A PARTIR DAS DIMENSÕES DA ESCALA HAT-QOL. BOA VISTA-RR, 2020.</b> .....	48
<b>TABELA 10 - REGRESSÃO LOGÍSTICA ENTRE OS DOMÍNIOS DE QV DE PVHIV NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CONTÍNUA), ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020.</b> .....	49
<b>TABELA 11 - INFLUÊNCIA DOS DOMÍNIOS DE QV DE PVHIV NA ADESÃO AO TRATAMENTO, ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020.</b> .....	49
<b>TABELA 12 - CORRELAÇÃO DE TODOS OS DOMÍNIOS DE QV E DIMENSÕES DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PVHIV ACOMPANHADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA (N = 168). BOA VISTA-RR, 2020.</b> .....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS

3TC	Lamivudina.
ABV	Associação de Bem com a Vida.
ACEHIV	Aceitação do HIV.
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida.
AIDS-HAQ	<i>AIDS Health Assessment Questionnaire.</i>
ARV	Antirretroviral.
ARVs	Antirretrovirais.
ATV/r	Atazanavir com reforço de ritonavir.
AZT	Zidovudina.
CCR5	Correceptor de quimiocina R5.
CEAT-VIH	<i>Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.</i>
CEP-UFRR	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima.
CONPRO	Confiança no profissional.
CV	Carga viral.
DRV/r	Darunavir com reforço de ritonavir.
DTG	Dolutegravir.
EFV	Efavirenz.
ETR	Etravirina.
FAHI	<i>Functional Assessment of HIV Infection.</i>
FUNGER	Função geral.
FUSEX	Função sexual.
GHSA	<i>General Health Self-Assessment.</i>
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy.</i>
HAT-QoL	<i>HIV/AIDS-Targeted Quality of Life.</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana.
HIV-QL31	<i>HIV-QOL Questionnaire.</i>
HIV-SI	<i>HIV Symptom Index.</i>
HOPEs	<i>HIV Overview of Problems — Evaluation System.</i>
IF	Inibidor de fusão.
INI	Inibidor de integrase.
IP	Inibidores de protease.
IST	Infecções sexualmente transmissíveis.
ITRN	Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos.
ITRNN	Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos.
LT CD4+	Linfócitos CD4+.
LVP	Lopinavir com reforço de ritonavir.
LWH	<i>Living with HIV.</i>
MOSHIV	<i>Medical Outcomes Questionnaire.</i>
MPQoL	<i>The Miami Pediatric Quality of Life Questionnaire: Parent Scale.</i>
MQoL-HIV	<i>Multi-Dimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS.</i>
MS	Ministério da Saúde.
MVC	Maraviroque.
MVHIV	Mulheres vivendo com HIV.
NVP	Neviparina.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PREFI	Preocupações financeiras.

PREME	Preocupações com a medicação.
PRESA	Preocupações com a saúde.
PRESI	Preocupações com o sigilo.
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV.
QV	Qualidade de vida.
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde.
RAL	Raltegravir.
RTV	Ritonavir.
SAE	Serviço de Assistência Especializada.
SAVI	Satisfação com a vida.
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação.
SMAQ	<i>Simplified Medication Adherence Questionnaire.</i>
SRA	Síndrome Retroviral Aguda.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TARV	Terapia antirretroviral.
TB	Tuberculose.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TDF	Tenofovir.
TMC	Transtornos Mentais Comuns.
UDI	Usuários de drogas injetáveis.
UF	Unidades de Federação.
UFRR	Universidade Federal de Roraima.
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 OBJETIVOS .....	19
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV .....	20
<b>2.1.1 Perfil epidemiológico da infecção no mundo, no Brasil e em Roraima</b> .....	<b>21</b>
2.2 O TRATAMENTO PARA A INFECÇÃO PELO HIV .....	25
2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HIV .....	28
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TARV .....	32
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	36
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	36
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	36
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	37
<b>3.4.1 Variáveis do Estudo</b> .....	<b>38</b>
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	38
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	39
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	41
4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL – CEAT-VIH.....	46
4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – HAT-QoL .....	47
4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL .....	49
<b>4.4.1 Correlação entre qualidade de vida, adesão ao tratamento e indicadores clínicos de pessoas vivendo com HIV</b> .....	<b>50</b>
4.5 PRODUTO DE EDITORAÇÃO “DICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO” .....	53
<b>4.5.1 Descrição do produto de editoração e de sua finalidade</b> .....	<b>53</b>
<b>4.5.2 Avanços tecnológicos/grau de novidade</b> .....	<b>53</b>
<b>4.5.3 Produto</b> .....	<b>53</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>83</b>
<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D</b> .....	<b>89</b>

<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE F .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), atualmente caracterizada como condição crônica, sem cura, mas com possibilidades de controle devido aos avanços relacionados ao tratamento (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Estima-se que atualmente há aproximadamente 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, dos quais 25,4 milhões estão em tratamento antirretroviral. Desde o início da epidemia até junho de 2019, foram registrados 966.058 casos de AIDS no Brasil, sendo que 91,6% correspondem a pessoas com 20 anos de idade ou mais (BRASIL, 2019; UNAIDS, 2020).

A região Norte corresponde a 6,6% do total de casos de AIDS identificados, apresentando uma média de 4,4 mil casos ao ano nos últimos cinco anos. Apesar da tendência de crescimento linear da taxa de detecção das regiões Norte e Nordeste, a subnotificação ainda ocorre no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2019).

No Brasil, entre 2007 até junho de 2019, foram notificados no SINAN 300.496 casos de HIV no país. Isso pode ser devido à notificação compulsória da infecção pelo vírus ser recente – desde 2014, embora a AIDS seja de notificação compulsória desde 1986. Aproximadamente 89,5% dessa população correspondem a pessoas com 20 anos de idade ou mais. No estado de Roraima, 2.459 casos de AIDS foram notificados desde o início da epidemia, que começou na década de 80. Em relação à notificação pelo HIV, há pelo menos 1.032 casos notificados desde 2007 até os dias atuais (BRASIL, 2019).

Segundo o Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, no ano de 2018 foram notificados 433 casos de infecção pelo HIV no estado, sendo 312 casos masculinos e o restante do sexo feminino. Deste total, a maioria dos casos foi registrada nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, sendo as categorias com maior concentração de infecção, o que vai ao encontro dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2019; RORAIMA, 2018).

Frente ao grande número de casos, desde o início da epidemia, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e implementando políticas públicas e estratégias que sejam eficazes na prevenção da infecção pelo HIV e na redução dos agravos. Dentre as principais políticas e estratégias, destaca-se a política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARVs), regulamentada pela lei 9.313 de 1996, e o diagnóstico e tratamento

precoces. O diagnóstico precoce pode ser realizado através de testes rápidos na Atenção Básica, sendo o tratamento estimulado logo após a confirmação do diagnóstico, independente do seu estado clínico e/ou imunológico, na perspectiva de redução da transmissão do HIV, manutenção e/ou restauração do sistema imunológico, reduzindo a morbimortalidade, com aumento da expectativa e qualidade de vida (QV) (BRASIL, 2018).

Embora o acesso à terapia antirretroviral (TARV) tenha melhorado a condição de saúde e qualidade de vida da população que vive com HIV, ela só é totalmente eficaz com a manutenção da adesão, a qual é um processo dinâmico e multifatorial, que engloba aspectos físicos, psicossociais, culturais e comportamentais (BRASIL, 2008; POLEJACK; SEIDL, 2010).

No entanto, os níveis de adesão tendem a diminuir após vários anos de tratamento, afetando a resposta terapêutica, visto que a adesão baixa/insuficiente, como lapsos e falhas nos dias e horários, pode levar ao desenvolvimento da resistência viral. Dessa forma, a infecção pelo HIV é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tanto pelo seu impacto individual – relacionado aos anos potenciais de vida perdidos; extensão da incapacidade, dor e desconforto, dentre outros fatores como o impacto na família do indivíduo – quanto social, pelos índices de morbidade, mortalidade e custos de tratamento para a sociedade (CABRAL et al., 2018; COSTA; VICTORA, 2006; POLEJACK; SEIDL, 2010).

Sendo assim, embora a política brasileira de acesso universal e gratuito aos medicamentos ARVs seja reconhecida internacionalmente, diversos estudos tem demonstrado que a maioria da população apresenta baixos escores de “adesão estrita” (GALVÃO et al., 2015; LEMOS et al., 2016; MENEZES et al., 2018; MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014; PRIMEIRA et al., 2018; TELLO-VELÁSQUEZ et al., 2015), o que é um fator preocupante, visto que a boa adesão à terapia medicamentosa é fundamental para o sucesso da supressão viral e da preservação e restauração do sistema imunológico das pessoas que vivem com HIV.

Além disso, a carência de estudos que monitorem e avaliem a adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida desta população em específico, principalmente no estado de Roraima, Norte do país, justifica novas pesquisas na área.

Desta forma, surgiram alguns questionamentos, como: Qual o grau de adesão ao tratamento dos adultos em TARV em Boa Vista - RR? Como está a QV dos adultos em TARV? Como se caracteriza o perfil sociodemográfico e clínico dos adultos em TARV atendidos em um centro de referência no município de Boa Vista - RR? Quais os fatores que estão relacionados à adesão ao tratamento e à QV de adultos vivendo com HIV?.

## 1.1 OBJETIVOS

- Avaliar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral e a QV dos adultos em TARV, em um serviço de assistência especializada;
- Verificar correlação entre as variáveis dependentes (adesão ao tratamento antirretroviral e QV) e as variáveis independentes (sociodemográficas e clínicas);
- Verificar correlação entre adesão ao tratamento antirretroviral e QV;
- Elaborar um produto técnico que influencie positivamente a adesão ao tratamento e QV das pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV

O HIV pertence à família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Ele produz a base patológica para o desenvolvimento da AIDS, que permanece como um problema de saúde pública mundial de larga escala. O genoma do HIV é mais complexo que dos retrovírus oncogênicos, em função da sua replicação adicional (FERREIRA; RIFFEL; SANT'ANA, 2010).

A principal característica da infecção pelo HIV é a depleção seletiva de linfócitos T CD4+ (LT CD4+), embora o vírus também ataque outras células como macrófagos, monócitos e células de Langerhans. A infecção causada pelo HIV apresenta várias manifestações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (BRASIL, 2018; FERREIRA; RIFFEL; SANT'ANA, 2010).

A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas após o contágio, quando o nível de carga viral do indivíduo é elevado, devido à replicação intensa do vírus nos tecidos linfoides, e o paciente torna-se altamente infectante. É acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA). Os sinais e sintomas, como febre, faringite, mialgia e cefaleia, são muito semelhantes aos de outras infecções virais, sendo, em geral, atribuídos a outra etiologia e a infecção pelo HIV deixa de ser diagnosticada. Além disso, a janela diagnóstica é de aproximadamente 15 dias, apresentando sorologia negativa para a infecção pelo HIV nessa fase (BRASIL, 2018; PORRO; YOSHIOKA, 2000).

Na latência clínica e fase sintomática da infecção, a contagem de linfócitos T CD4+, que são células de defesa, continua normal, porém é comum ocorrer episódios bacterianos frequentes como infecções respiratórias e tuberculose. A plaquetopenia é um achado comum nesta fase, porém sem repercussão clínica na maioria dos casos (BRASIL, 2018; ROSSETTO et al., 2019).

Ao longo da progressão da infecção, começa a ser observada resposta tardia à antibioticoterapia, recidivas frequentes de infecções bacterianas e lesões orais, além de outros quadros atípicos. A candidíase oral (principalmente causada pela *Candida albicans*), associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *P. jirovecii*, assim como diarreia crônica, febre de origem indeterminada e leucoplasia oral pilosa são preditores da

imunodepressão grave. O avanço da infecção para a AIDS é determinada quando ocorre o aparecimento de neoplasias e infecções oportunistas. Além disso, o HIV tem capacidade para causar danos diretos a determinados órgãos ou processos inflamatórios (BRASIL, 2018; PORRO; YOSHIOKA, 2000).

O vírus pode ser transmitido através de relações sexuais sem uso de preservativo (vaginal, anal ou oral); da mãe infectada para o filho durante a gestação, parto ou amamentação (transmissão vertical); uso compartilhado de seringas ou agulhas; transfusão sanguínea contaminada e por meio de instrumentos perfurocortantes não esterilizados (BRASIL, 2018).

### **2.1.1 Perfil epidemiológico da infecção no mundo, no Brasil e em Roraima**

Segundo dados da UNAIDS (2020), o número de casos de pessoas vivendo com HIV no mundo alcança aproximadamente uma totalidade de 38 milhões de pessoas infectadas, das quais 25,4 milhões estão em tratamento antirretroviral, sendo 1,7 milhão de novas infecções. Deste total, 36,2 milhões são adultos e 1,8 milhão são crianças (menores de 15 anos). Em 2019, 690.000 pessoas morreram por doenças relacionadas à AIDS e cerca de 7,1 milhões não sabiam que estavam vivendo com HIV. Desde o início da epidemia, já foram cerca de 75,7 milhões de pessoas infectadas, das quais 32,7 milhões morreram de doenças relacionadas à AIDS.

No Brasil, desde o início da epidemia até junho de 2019 foram notificados 966.058 casos de AIDS, e de 2007 até junho de 2018 foram notificados no SINAN 300.496 casos de HIV. Entre os indivíduos menores de 13 anos, a maioria de casos teve como via de infecção a transmissão vertical em 2018 (86,2%). Já em indivíduos com 13 anos ou mais de idade a principal via de transmissão é a sexual, em ambos os sexos (BRASIL, 2019).

Entre os homens, observa-se predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (51,3%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (31,4%). A proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o país, representando 2,0% dos casos entre homens e 1,4% dos casos entre mulheres no ano de 2019 (BRASIL, 2019; REIS, 2010).

De acordo com Granjeiro, Castanheira e Nemes (2015, p. 5):

“Mas, o que mais evidencia a reemergência da doença no país é a tendência da mortalidade. Depois de anos seguidos de redução, o número de mortes e a taxa de mortalidade voltaram a crescer. Somente em 2013 foram 12.700 casos de óbitos pela

doença, um número similar ao de 15 anos atrás, quando a política de acesso aos antirretrovirais havia sido implantada. Nos últimos sete anos o crescimento da taxa nacional de mortalidade aumentou em pouco mais de 5%, passando de 5,9% por cem mil habitantes em 2006, para 6,2% por cem mil habitantes, em 2013. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul as taxas chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à política de acesso aos antirretrovirais, neutralizando todos os avanços observados anteriormente nessas locais.”

A região Norte corresponde a 6,6% do total de casos de AIDS identificados, apresentando uma média de 4,4 mil casos ao ano nos últimos cinco anos. Apesar da tendência de crescimento linear da taxa de detecção das regiões Norte e Nordeste, a subnotificação ainda é frequente no SINAN (BRASIL, 2019).

Segundo o Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima (2018), estado em que foi realizada a pesquisa e que compõe a região Norte, houve um aumento de 188 casos de HIV em relação ao ano anterior, sendo notificados 245 casos em 2017 e 433 no ano de 2018. Nos casos de AIDS em adultos, também se observa um aumento de 30 casos em relação ao ano de 2017.

Dados do MS demonstram que Roraima encontra-se em primeiro lugar, seguido pelos estados do Amapá e do Pará, no *ranking* das Unidades da Federação (UF), segundo o índice composto pelos indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos últimos cinco anos. Em relação às capitais, as cinco posições mais elevadas no *ranking* são Belém, Boa Vista, Florianópolis, Macapá e Natal (BRASIL, 2019).

No estado de Roraima, foi identificada a razão 2/1 por sexo, ou seja, para cada 2 casos diagnosticados de HIV em homens, existe uma mulher diagnosticada. Esta razão tem como fundamento as notificações do ano de 2018, em que houve 312 casos de HIV em homens adultos e 121 casos para mulheres adultas (RORAIMA, 2018). Este dado vai ao encontro ao apresentado no último Boletim Epidemiológico HIV/AIDS em relação à razão de sexos por óbitos de AIDS no país (BRASIL, 2019, p. 24):

“A razão de sexos observada em 2018 foi de 20 óbitos entre homens para cada dez óbitos entre mulheres, taxa que vem apresentando comportamento linear desde 2005, com variação entre 19 e 20 óbitos entre homens para cada dez em mulheres (...).”

Na Tabela 1, observa-se a incidência elevada de HIV nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, ou seja, em uma população jovem e adulta, economicamente ativa. A alta prevalência da infecção em adultos jovens (20-24 anos) está associada possivelmente à aquisição da infecção na adolescência (PEREIRA et al., 2014; RORAIMA, 2018).

**Tabela 1** - Distribuição de casos de HIV por faixa etária e ano no estado de Roraima.

Faixa etária	2017	2018	Total	%
10 a 14 anos	1	0	1	0,15
15 a 19 anos	32	21	53	7,82
20 a 29 anos	85	185	270	39,82
30 a 39 anos	69	124	193	28,47
40 a 49 anos	30	59	89	13,13
50 a 59 anos	25	35	60	8,85
60 a 69 anos	2	8	10	1,47
70 a 79 anos	0	1	1	0,15
80 a 89 anos	1	0	1	0,15
<b>Total</b>	245	433	678	100

Fonte: Elaborado com base no Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima (2018).

“Assim, considera-se fundamental a sensibilização para uma mudança de atitude entre adolescentes e adultos jovens frente à epidemia da AIDS, incentivando o comportamento de autoproteção, cujo impacto contribui para a situação de saúde e mudança do perfil da infecção e doença nesse grupo populacional.” (PEREIRA et al., 2014, p. 756).

Em relação ao diagnóstico relacionado ao município de residência, representado na Tabela 2, no ano de 2018, o município de Boa Vista apresentou 396 casos notificados, seguido pelo município de Pacaraima com 25 casos. Embora o boletim epidemiológico não faça referência à influência do impacto migratório no número de casos de HIV, é importante lembrar que Boa Vista acolhe o maior número de imigrantes oriundos da Venezuela e que a cidade de Pacaraima é fronteira com este país, onde ocorre um grande fluxo de imigrantes – demonstrados na Figura 1 (RORAIMA, 2018).

O Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima (2018) demonstra, ainda, os casos de infecção por HIV em adultos por município de residência. Boa Vista é o que mais se destaca por apresentar o maior número de casos, com 132 notificações. Vale ressaltar que Boa Vista é a cidade mais populosa e onde se encontra o centro de referência para o atendimento de PVHIV no estado.

Estes dados indicam a necessidade de priorizar ações de programas educacionais e preventivos, utilizando também a profilaxia frente aos casos de confirmação diagnóstica. Acredita-se que defender a realização de rodas de conversa para discutir sobre a infecção pelo HIV o ano todo e em regiões, mais precisamente nas vulneráveis, é a melhor maneira de

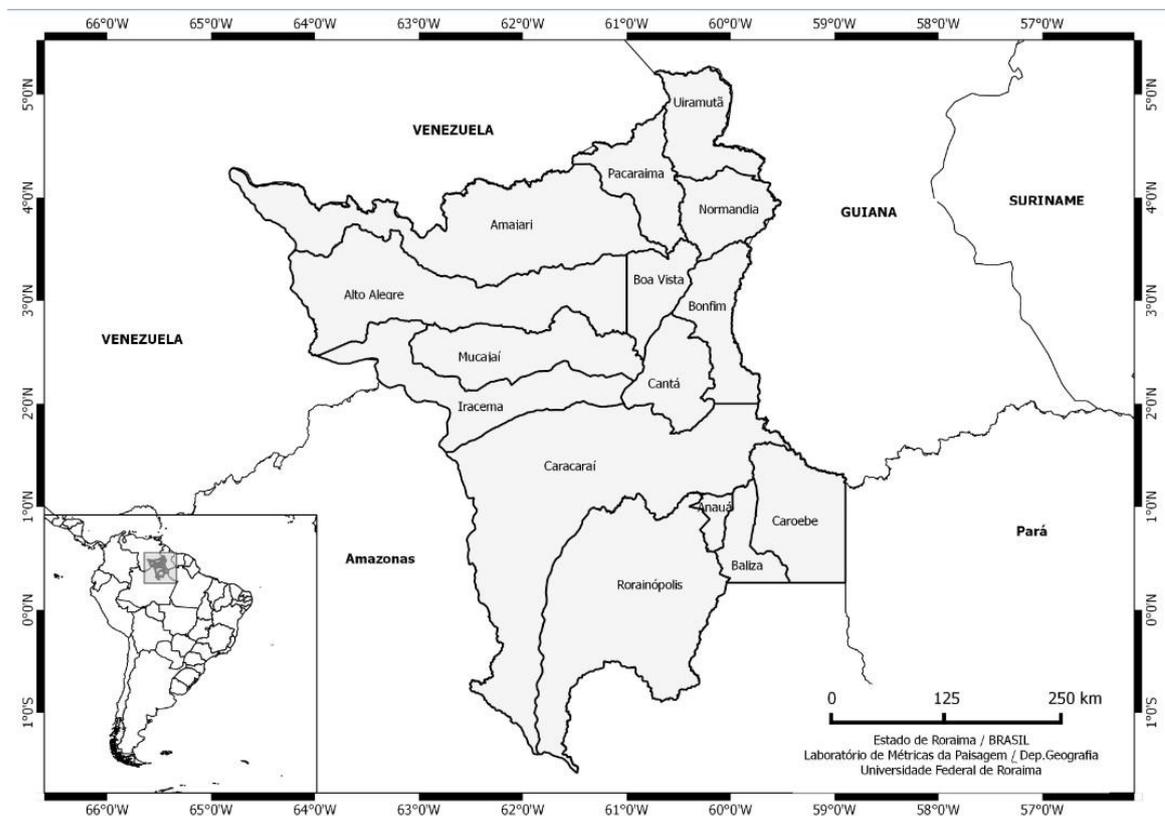
passar informações corretas à população, bem como a realização de palestras com profissionais qualificados nos diferentes espaços culturais (MENDES et al., 2017; RORAIMA, 2018).

**Tabela 2 - Distribuição de casos de HIV por municípios do estado de Roraima.**

Município	Total de casos notificados no ano de 2018
Alto Alegre	1
Amajari	0
Boa Vista	396
Bonfim	6
Caracarái	1
Caroebe	2
Pacaraima	25
Rorainópolis	1
São João da Baliza	1
<b>Total</b>	<b>433</b>

Fonte: Elaborado com base no Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima (2018).

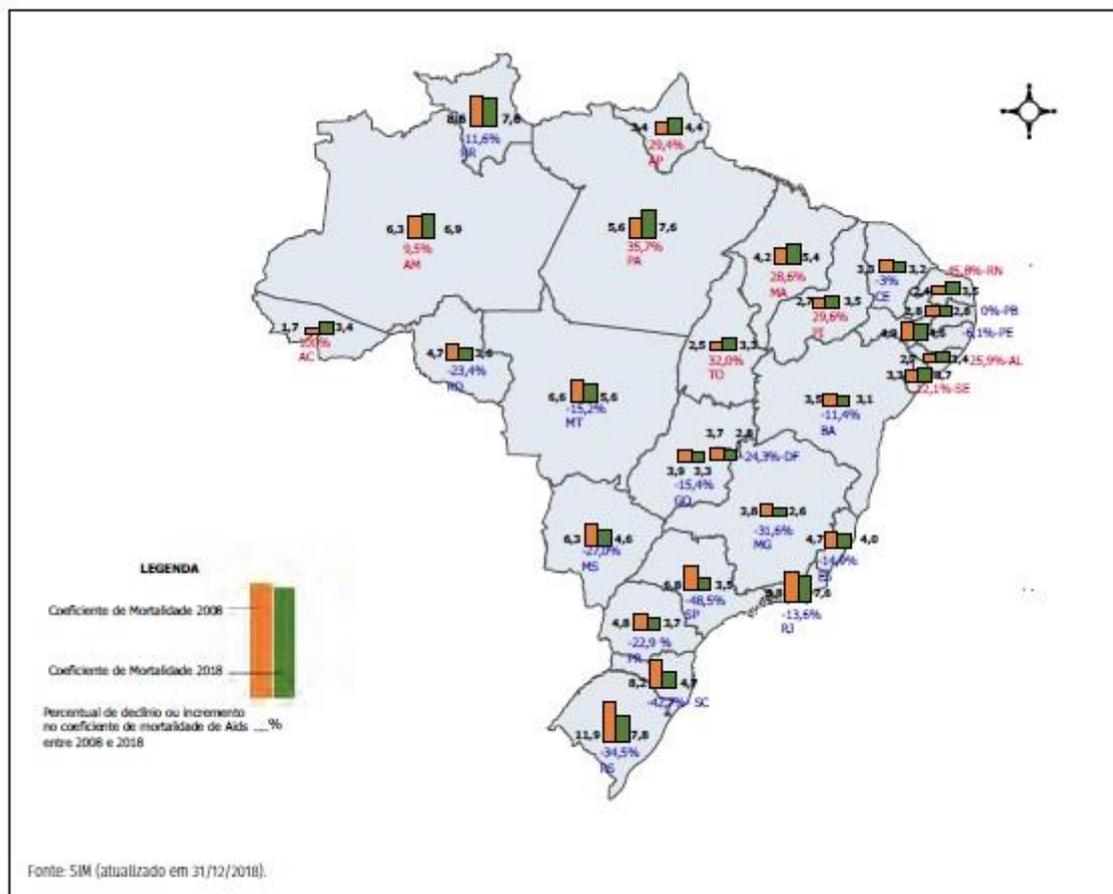
**Figura 1 - Mapa do estado de Roraima.**



Fonte: UFRR (2019).

Apesar deste crescimento linear das notificações de casos de HIV, o estado de Roraima apresentou um declínio de 11,6% do coeficiente de mortalidade entre os anos de 2007 a 2018 conforme Figura 2.

**Figura 2** - Coeficiente de mortalidade de AIDS (x100 mil habitantes) e percentual de declínio/incremento segundo UF de residência, por ano de diagnóstico, Brasil (2007-2018).



Fonte: BRASIL (2019).

Portanto, diante do crescente número de casos de PVHIV no mundo, no país e, consequentemente, no estado, faz-se necessário um aporte medicamentoso, ou seja, a TARV, contínuo para essa população que já está em tratamento e que alcance as pessoas que ainda não estão, levando em consideração os aspectos subjetivos, intrínsecos do universo particular de cada um, que motivam ou dificultam as pessoas a realizarem o tratamento.

## 2.2 O TRATAMENTO PARA A INFECÇÃO PELO HIV

O primeiro antirretroviral (ARV) a ser lançado foi a zidovudina em 1987, disponibilizado no Brasil em 1991, seguido de outros ARVs na década de 90. Os primeiros medicamentos ofereciam aos pacientes benefícios temporários, diante da resistência viral à terapêutica em curso. A partir de 1996 houve um progresso com o advento de novas classes de ARV, quando se introduziu a TARV tríplice ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) que evidenciou a obtenção de êxitos e a potência desses medicamentos (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; CARVALHO et al., 2019; ELLWANGER, 2014).

A TARV tríplice, também conhecida como Terapia Antirretroviral Potente ou Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia, se caracteriza pela combinação de três ou mais ARVs, onde dois devem ser de classes diferentes, separadas conforma a sua ação, podendo ser combinados em um só comprimido. Atualmente o Ministério da Saúde distribui gratuitamente 20 ARVs divididos em seis classes, que agem de forma distinta conforme a ação do HIV no seu ciclo de replicação viral, conforme a Tabela 3 (BRASIL, 2018; CARVALHO et al., 2019).

**Tabela 3 - Antirretrovirais distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde.**

<i>CLASSE</i>	<i>Abreviatura</i>	<i>ARV</i>
<i>Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos</i>	ITRN	Estavudina
		Zidovudina
		Didanosina
		Lamivudina
		Abacavir
		Tenofivir
		Entricitabina
<i>Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos</i>	ITRNN	Efavirenz
		Nevirapina
<i>Inibidores de Protease</i>	IP	Ritonavir
		Indinavir
		Nelfinavir
		Lopinavir
		Amprenavir/fosamprenavir
		Saquinavir
		Atazanavir
<i>Inibidor de fusão</i>	IF	Darunavir
		Enfuvirtida
<i>Inibidor de correceptor de quimiocina R5</i>	CCR5	Maraviroque
<i>Inibidores de integrase</i>	INI	Raltegravir

Fonte: Brasil (2018).

Além disso, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso universal e gratuito à TARV, a partir da Lei nº 9.313 de 1996. Com isso, houve redução da mortalidade e morbidade de PVHIV, diminuição das internações hospitalares e da incidência de infecções oportunistas, redução da transmissão vertical do HIV, assim como um aumento significativo da expectativa e qualidade de vida das pessoas acometidas pelo vírus (PADOIN et al., 2011; POLEJACK; SEIDL, 2010; RESENDE et al., 2012).

Segundo Cabral et al. (2018, p. 2):

“Em razão da magnitude epidemiológica do HIV, o governo federal brasileiro estabeleceu, na década de 1990, a criação de uma rede de serviços integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) direcionada para o diagnóstico, aconselhamento e tratamento dessa infecção.”

A partir de dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas PVHIV, independente da contagem de LT CD4+ e considerando a motivação do paciente, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, da morbimortalidade, do impacto na redução da tuberculose, que é a principal causa infecciosa de óbitos em PVHIV, no Brasil e no mundo, além da disponibilidade de opções terapêuticas mais cômodas e toleradas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018).

Além disso, o país assumiu o compromisso com as metas 90-90-90, pactuado pela Organização das Nações Unidas (ONU), as quais têm como objetivo que até 2020 90% das pessoas vivendo com HIV saibam que tem o vírus; destas, 90% recebam TARV ininterruptamente; e por fim, 90% destas em TARV tenham supressão viral (BRASIL, 2014; UNAIDS, 2015).

Segundo dados globais publicados pela UNAIDS (2020), em 2019 aproximadamente 81% das pessoas vivendo com HIV sabiam que estavam infectadas pelo vírus; destas, 82% tiveram acesso ao tratamento; das quais 88% alcançaram a supressão viral. No entanto, percebe-se que esta meta irá se prolongar para além do ano de 2020, para que os países que adotaram este compromisso consigam conquistar a meta definida.

Para terapia inicial, o MS recomenda que se deve sempre incluir combinações de três ARVs, sendo dois ITRN/ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI). No Brasil, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG), com exceção dos casos de coinfeção tuberculose-HIV (TB-

HIV), mulheres vivendo com HIV (MVHIV) com possibilidade de engravidar e gestantes (BRASIL, 2018).

Além do uso dos medicamentos, o tratamento para a infecção pelo HIV consiste no monitoramento do vírus, o qual é realizado por meio de dois marcadores clínicos: exame da contagem de LT CD4+ e a quantificação da carga viral (CV) do HIV, que é o número de cópias do vírus por mL de plasma, para o acompanhamento clínico da pessoa (BRASIL, 2018; CARVALHO; HAMER, 2016; LEITE, 2010; SOUSA; PINTO JÚNIOR, 2016).

Os níveis decrescentes de linfócitos, especialmente os LT CD4+, se caracterizam devido ao recrutamento destes para a replicação viral. Já a CV concentra-se elevada, principalmente durante a fase aguda da infecção, onde o indivíduo torna-se altamente infectante (BRASIL, 2018; KRENTZ; GIL, 2013). Estes parâmetros também simbolizam a eficácia da TARV.

Em relação aos dados epidemiológicos, anteriormente citados, os mesmos expressam desafios no campo da prevenção, porém indicam também os progressos relacionados à medicina e à TARV, que obtiveram como consequência a redução da mortalidade por AIDS em diversos países, incluindo o Brasil (CATUNDA; SEIDL; LEMETÁYER, 2016).

A AIDS, considerada letal no início da epidemia, devido à ineficácia do tratamento, atualmente é considerada uma doença crônica, nos países onde há a possibilidade de acesso à TARV e para os pacientes que conseguem ter uma adesão adequada ao tratamento. Porém, o monitoramento da adesão e a identificação dos fatores associados à mesma têm sido um dos maiores desafios para os profissionais da saúde (CARVALHO et al., 2019; MIYADA et al., 2019; POLEJACK; SEIDL, 2010; REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; SHRIHARSHA; RENTALA, 2019).

### 2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO PARA HIV

Segundo o MS, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial que inclui diversas dimensões, tais como: aspectos físicos, psicológicos, culturais e comportamentais. Para tanto, é necessário que as decisões sejam compartilhadas, negociadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede de apoio social, buscando fortalecer a autonomia para o autocuidado. A mesma transcende a terapia medicamentosa, incluindo o vínculo, o acesso à informação, o acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação aos hábitos e necessidades individuais (BRASIL, 2008).

Para algumas condições clínicas, como a infecção pelo HIV, a adesão ao tratamento é fundamental, uma vez que visa à supressão total da carga viral. Porém, a complexidade envolvida no tratamento, a longa duração do mesmo e os efeitos colaterais influenciam negativamente neste processo (REMOR, 2013).

Há necessidade de ampliar o acesso à TARV e controlar os efeitos indesejáveis desta, assim como de reconhecer as comorbidades que afetam as PVHIV, o que se relaciona com o baixo nível educacional, falta de suporte familiar e apoio social, consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, dentre outros fatores, que influenciam na má adesão ao tratamento antirretroviral (BRASIL, 2018; GALVÃO et al., 2015; SANTOS et al., 2017).

A não adesão ou baixa adesão e o uso incorreto da TARV são fatores que ameaçam a efetividade do tratamento das PVHIV, relacionado diretamente à falência terapêutica que pode facilitar a proliferação de cepas resistentes do vírus aos medicamentos, configurando-se como uma ameaça no plano coletivo, pela possibilidade da disseminação de vírus resistentes aos medicamentos já existentes. Portanto, a adesão ao tratamento é uma das principais variáveis nas quais os serviços de saúde podem intervir para aumentar a eficácia do tratamento para HIV/AIDS (CARVALHO et al., 2019; UNAIDS, 2015; ZUGE; PADOIN; MAGNAGO, 2012).

Apesar de, no Brasil, haver uma política de distribuição universal e gratuita aos medicamentos ARVs, nem todos tem acesso ao tratamento e o número de infecções continua crescendo, ano após ano. Para a UNAIDS (2015), não haverá possibilidade de controle enquanto todos que precisam não estiverem em tratamento. Para isso, foi estabelecida a meta 90-90-90, comentada anteriormente.

Em relação ao tratamento, os primeiros meses são especialmente importantes, pois o indivíduo se encontra em processo de adaptação ao regime terapêutico. Além disso, há o retorno aos serviços de saúde para o acompanhamento clínico ambulatorial e os efeitos colaterais que podem afetar na capacidade deste em realizar as suas atividades cotidianas. Portanto, é importante uma rede de apoio, independente de sua natureza – pode ser familiar, religiosa, das equipes de saúde ou outra, que auxilie neste processo de incremento da adesão (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018).

Em especial, nos primeiros três meses de tratamento, ainda que a TARV diminua a mortalidade, os níveis desta são maiores neste período e o indivíduo pode desenvolver reações aos fármacos, como hipersensibilidade, infecções oportunistas e síndrome inflamatória. Para que a TARV tenha sucesso, devem ser considerados como fatores a precocidade do

diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, a situação socioeconômica e o grau de organizações dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2018; UNAIDS, 2015).

Em uma revisão integrativa, realizada por Carvalho et al. (2019), as variáveis associadas à adesão foram agrupadas em cinco categorias, com base nos resultados de 125 artigos analisados, as quais estão exemplificadas na Tabela 4:

**Tabela 4 - Variáveis associadas à adesão ao tratamento.**

Variáveis individuais	Características do tratamento	Características da infecção pelo HIV/AIDS	Relação com o serviço de saúde	Apoio social
Idade	Esquema de medicação	Tempo de diagnóstico	Atuação das equipes multidisciplinares	Apoio social
Cor da pele/etnia	Estratégia para lembrar da TARV	Divulgação do estado sorológico	Visitas domiciliares	Suporte afetivo
Escolaridade	Esquecimento	Condições gerais de saúde	Intervalo de tempo entre as consultas	
Renda	Efeitos adversos			
Hábitos de vida (como uso de lembretes no celular)				
Religiosidade				
Espiritualidade				
Variáveis psicológicas				

Fonte: Elaborado com base na pesquisa de Carvalho et al. (2019).

De acordo com os resultados encontrados, ter a cor da pele preta e possuir baixa renda foram associados à baixa adesão, bem como o uso de álcool. Fatores como a presença de equipe multidisciplinar, receber visitas domiciliares, menor intervalo de tempo entre consultas e uso de comprimido único do que mais de uma vez ao dia foram associados a melhores taxas de adesão, assim como o apoio social e suporte afetivo apontam um meio para incrementar a adesão (CARVALHO et al., 2019).

Além disso, as variáveis psicológicas, contempladas dentro das variáveis individuais, também foram significativas. Os fatores psicológicos negativos (sofrimento psíquico, angústia, estresse, sofrer violência, transtornos depressivo, de pânico e estresse pós-traumático) são preditores de baixa adesão, já os positivos (autoeficácia, atitude, motivação, crenças pessoais, enfretamento, resiliência e QV) auxiliam na adesão (CARVALHO et al., 2019; REMOR, 2002).

Sendo assim, para melhorar a qualidade da avaliação de adesão é fundamental identificar precocemente as pessoas em risco de não adesão ou quem já está apresentando dificuldades com o tratamento, bem como identificar as vulnerabilidades, afim de desenvolver

intervenções de apoio ao tratamento, de acordo com as especificidades subjetivas e comportamentais de cada paciente (POLEJACK; SEIDL, 2010; REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

No entanto, o processo para avaliar a adesão ao tratamento com ARVs é bastante complexo e não há um padrão ouro para realizar esta avaliação, o que têm sido um dos maiores desafios para as equipes de saúde. A fidedignidade dos métodos é essencial para avaliar as intervenções propostas, melhorar o cumprimento do tratamento e prevenir a resistência do HIV aos ARVs (FORESTO, 2017; POLEJACK; SEIDL, 2010).

Dentre os métodos utilizados para verificar a adesão ao tratamento, estão as medidas indiretas, como o autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros referentes à retirada de medicamentos, e as medidas diretas, como a detecção dos medicamentos ARVs ou dos seus metabolizadores no sangue (POLEJACK; SEIDL, 2010).

O monitoramento eletrônico ainda é pouco utilizado nos países em desenvolvimento devido ao seu alto custo, sendo o autorrelato um dos mais utilizados devido ao seu baixo custo e necessidade de pouco tempo para aplicação. Para utilização dos questionários de autorrelato, é importante que os instrumentos sejam validados, pois permitem coleta de dados fidedignos e uma maior comparação dos resultados (CARVALHO et al., 2019).

Em estudo realizado por Dagli-Hernandez et al. (2016), foram avaliados três métodos de aferir adesão, sendo eles: carga viral, dispensação na farmácia e duas medidas de autorrelato validadas – *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) e *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral* (CEAT-VIH) – para avaliar qual método indireto de avaliação reflete melhor a efetividade da TARV. Os resultados encontrados sugerem a combinação de dois métodos de aferição como a melhor maneira de se avaliar a adesão e recomendou o uso do teste de carga viral e do questionário de adesão CEAT-VIH.

O CEAT-VIH foi desenvolvido por Remor (2002) e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007), sendo constituído por 20 itens que contemplam cinco dimensões. Recentemente, foi desenvolvida uma versão *online* do CEAT-VIH para facilitar a sua aplicação, por ser breve e fácil de responder (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; SILVA et al., 2019).

Neste processo de adaptação do questionário em papel e lápis para a versão *online*, foram excluídos 3 itens de respostas qualitativas que apresentaram baixa correlação com estudos anteriores. Desta forma, a versão *online* do instrumento é composta por 17 itens com

escala do tipo *Likert*, de 5 pontos para cada resposta, distribuídos em cinco categorias: cumprimento do tratamento; antecedentes de não-adesão; comunicação médico-paciente; crenças e expectativas pessoais relacionadas ao tratamento; e satisfação com o tratamento. Além da pontuação para cada categoria, o instrumento fornece a pontuação da adesão no total, indicando o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. A pontuação total pode variar de um mínimo de 17 a um máximo de 85 pontos – quanto maior a pontuação, maior a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2019).

Portanto, este instrumento foi utilizado para a avaliação da adesão ao tratamento dos participantes desta pesquisa. Além disso, para complementar os dados do estudo, a pesquisadora buscou no prontuário dos participantes, o resultado do último exame realizado de carga viral e de LT CD4+.

Ainda é importante lembrar que as características individuais se relacionam à pessoa que está em tratamento, inserida em seu contexto histórico, social e cultural, portanto essas variáveis perpassam questões socioculturais, assim como os fatores relacionados à adesão, que possuem caráter heterogêneo e regional (CARVALAHO et al., 2019). Ou seja, o que auxilia uma pessoa a ter boa adesão pode não ser o mesmo que auxilia outra pessoa, inserida em seu contexto diferenciado.

Sendo assim, o enfermeiro como membro de uma equipe multiprofissional, é um elemento fundamental no cuidado às PVHIV, pois é capaz de identificar as vulnerabilidades desta população e de desenvolver estratégias que impactem positivamente na adesão ao tratamento.

## 2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TARV

A crescente preocupação com questões relacionadas à QV tem origem nas ciências humanas e biológicas, com intuito de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Os esquemas de TARV possibilitam inúmeras combinações, com eficácia semelhante entre eles, porém a escolha do esquema deverá levar em conta a repercussão na QV. Diante desta premissa, nos últimos anos houve interesse crescente em mensurar a QV relacionada à saúde (QVRS) em indivíduos infectados pelo HIV (SOÁREZ et al., 2009).

Recorrendo à origem do termo “qualidade de vida”, o mesmo deriva do latim “qualis” que significa modo de ser característico de alguma coisa, tanto em relação a si mesmo quanto

a outro grupo, podendo adotar conotação tanto positiva quanto negativa, porém geralmente refere-se a algo bom e positivo. Apesar de haver diversas definições, não existe uma definição para QV que seja amplamente aceita (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Devido ao fato de que muitas intervenções médicas causam efeitos colaterais desagradáveis, considerar a QV durante o tratamento tornou-se importante. Esta relevância veio como resultado da consciência dos profissionais de que os tratamentos médicos ou cirúrgicos, embora estendendo a vida, podem reduzir a sua qualidade como resultado de múltiplos ou longos tratamentos e hospitalizações (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Considerando a temática de estudo, é de extrema relevância a avaliação da QV durante a TARV, uma vez que a infecção pelo HIV se caracteriza pela sua condição crônica e tratamento permanente, devido à impossibilidade de cura até o momento, assim como diversas outras doenças.

As abordagens gerais ou holísticas baseiam-se no conceito de que a QV é multidimensional, com uma organização complexa e dinâmica de seus componentes, a qual difere de pessoa para pessoa de acordo com seu contexto e até mesmo entre duas pessoas inseridas em um ambiente similar (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Esta complexidade e dinâmica observada na QV, também é encontrada na adesão ao tratamento por tratar-se de diversos fatores que influenciam uma pessoa a aderir ou não ao tratamento, assim como de perceber sua QV, baseando-se na subjetividade do sujeito e nos diversos componentes que influenciam uma boa adesão e QV.

Portanto, pode-se perceber que atualmente o conceito de QV não inclui apenas fatores relacionados à saúde – como bem-estar físico, funcional, emocional e mental – mas também outros elementos que são considerados importantes para a vida das pessoas – como trabalho, amigos, família e outras questões cotidianas – atentando-se que a percepção pessoal da pessoa a ser estudada é primordial (CABRAL et al., 2018; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Um dos conceitos mais aceitos de QV é o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Segundo o Glossário Temático da Promoção da Saúde, desenvolvido pelo MS (2013, p. 29), qualidade de vida é o:

“Grau de satisfação das necessidades da vida humana – como alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais – que

tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.”

Além disso, devem ser considerados três aspectos relevantes:

“Histórico – uma determinada sociedade tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outro momento histórico; Cultural – os valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições; Estratificações ou classes sociais – em sociedades em que as desigualdades e as heterogeneidades são muito fortes, os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados.” (BRASIL, 2013, p. 29).

Assim, a ideia de QV associa-se também ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. É importante levar em consideração, ainda, os valores não materiais, tais como: amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal, felicidade (BRASIL, 2013).

A QV também é considerada como "a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1995). Este conceito foi adotado com o objetivo de elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural.

A OMS, em função da relevância epidemiológica da infecção pelo HIV, do impacto na QV, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem a transmissão do vírus, criou um módulo específico do instrumento de avaliação de QV (WHOQOL-HIV), derivado do original, com 120 itens, sendo posteriormente reduzido (WHOQOL-HIV-Bref) para 31 itens, para facilitar sua aplicação no cotidiano da atenção à saúde de PVHIV (FLECK, 2000).

O WHOQOL-100 engloba seis diferentes domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de dependência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. A partir disso, foi possível concluir que a avaliação em diferentes domínios permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos, direcionando medidas terapêuticas mais apropriadas e possivelmente diminuindo os custos em saúde (WHO, 1995).

Além do WHOQOL-HIV-Bref, atualmente, existem diversos instrumentos específicos para avaliar a QV direcionada para PVHIV: *Medical Outcomes Questionnaire* adaptado para HIV (MOSHIV), *AIDS Health Assessment Questionnaire* (AIDS-HAQ), *HIV-QOL Questionnaire* (HIV-QL31), *General Health Self-Assessment* (GHSA), *The Miami Pediatric Quality of Life Questionnaire: Parent Scale* (MPQoL), *HIV Symptom Index* (HIV-SI), *Living with HIV* (LWH), *Multi-Dimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS* (MQoL-

HIV), *HIV Overview of Problems — Evaluation System (HOPES)*, *Functional Assessment of HIV Infection (FAHI)* e *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL)*.

Entre os questionários descritos acima, o único cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de PVHIV foi o HAT-QoL, levando em consideração as suas preocupações e necessidades, garantindo desta forma a inclusão de domínios importantes e relevantes (MOSER; TRAEBERT, 2011; SOÁREZ et al., 2009).

O HAT-QoL foi desenvolvido originalmente em inglês por Holmes e Shea (1997) e traduzido e validado no Brasil por Soárez et. al (2009). O questionário possui 34 itens que avaliam nove domínios de QV: função geral (seis itens), satisfação com a vida (quatro itens), preocupações com a saúde (quatro itens), preocupações financeiras (três itens), preocupações com a medicação (cinco itens), aceitação do HIV (dois itens), preocupações com o sigilo (cinco itens), confiança no profissional – médico, enfermeiro, ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente – (três itens) e função sexual (dois itens) (SOÁREZ et al., 2009).

Para responder cada questão do HAT-QoL, o indivíduo é conduzido a pensar sobre a sua QV nas últimas 4 semanas. As respostas têm formato de escala do tipo Likert de cinco pontos: “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “parte do tempo”, “pouco tempo” e “nunca”. Em cada domínio, zero é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na QV dos indivíduos. Em outras palavras, quanto menor o escore, mais acometida a função, maior a preocupação e menor a satisfação com a vida (MIYADA et al., 2019; SOÁREZ et al., 2009).

Portando, baseado em instrumentos validados para este fim, a QV é um aspecto que deve ser avaliado no contínuo processo terapêutico da infecção pelo vírus, sendo um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto de doenças crônicas, permitindo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto ao tratamento e repensar as práticas terapêuticas alternativas (GEOCZE, 2010).

Além disso, a vulnerabilidade da infecção pelo HIV, estigmatizada desde o início da epidemia devido a sua frequente associação com a homossexualidade e compartilhamento de seringas injetáveis, além de ser incurável até o momento, torna urgente o conhecimento da QV de PVHIV, visando o aprimoramento da assistência integral à saúde desta população.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é de abordagem quantitativa, análise descritiva e analítica, e de delineamento transversal.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um centro de referência localizado na cidade de Boa Vista – Roraima, onde se realiza o acompanhamento de pacientes infectados pelo HIV, incluindo as comunidades indígenas e países vizinhos, pois oferece atendimento, acolhimento e tratamento integral e gratuito para toda população específica.

Os medicamentos ARVs são fornecidos pelo Governo Federal e sua dispensação é realizada pela farmácia do centro de referência, após atendimento médico.

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por adultos vivendo com HIV e em TARV no referido serviço durante o período de coleta de dados, que ocorreu em fevereiro e março de 2020.

Os critérios de inclusão para participação foram: adultos com idade  $\geq 18$  anos; infectados pelo HIV; em TARV há pelo menos 3 meses (devido a possibilidade de desenvolvimento de reações aos medicamentos no período anterior a este) no local de realização da pesquisa; e que compreendam a língua portuguesa.

Os critérios de exclusão adotados correspondem a: apresentar alguma limitação que dificulte a compreensão e/ou expressão verbal; mulheres em período gravídico-puerperal, devido à possibilidade de incremento da adesão neste período como método de prevenção da transmissão vertical; e indígenas.

A população foi conhecida após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR) e autorização da instituição (local do estudo) para acesso aos dados dos pacientes. Baseando-se na informação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), do município de Boa Vista, de que 1.924 adultos realizam o acompanhamento, sem abandono do tratamento, o tamanho

da amostra foi calculado utilizando o aplicativo gratuito *SurveyMonkey*, disponível *online* no endereço eletrônico <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>>, adotando nível de confiança de 95% e margem de erro de 7%, totalizou-se um “n” amostral de 178 participantes.

Foram entrevistadas 181 pessoas, no entanto 13 participantes foram excluídos. Devido a imprevisibilidade da pandemia de Covid-19, que iniciou no Brasil em meados de março, não foi possível realizar novas entrevistas pois as PVHIV são consideradas mais vulneráveis ao novo coronavírus, Sars-CoV-2, e o local do estudo foi fechado durante a pandemia devido ao crescente número de casos e óbitos nos cenários nacional e mundial. Desta forma, para fins de análise, foram contabilizados 168 participantes.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do CEP-UFRR, e se estendeu até ser alcançado o número de entrevistas esperadas, entre os meses de fevereiro e março de 2020. Através das agendas das consultas médicas do centro de referência, os pacientes foram abordados e convidados a participar da pesquisa no dia de suas consultas, sendo o convite realizado em uma sala reservada, onde o paciente pôde escolher o momento para responder o questionário.

No começo da entrevista, foi aplicado um instrumento de coleta de dados composto por dados sociodemográficos e clínicos, desenvolvido especificamente para esta pesquisa (Apêndice A).

Para identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, foi aplicada a versão brasileira do “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” (CEAT-VIH), desenvolvida por Remor e validada no Brasil por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007). Foi utilizada a versão *online* deste instrumento, uma vez que o autor, atualmente, somente autoriza esta versão. A autorização do autor do instrumento foi concedida à pesquisadora, via e-mail (Apêndice B).

Ao finalizar o questionário, obtém-se um perfil que reflete o nível de adesão global ao tratamento, e informações sobre cinco indicadores importantes que explicam o comportamento de adesão. A pesquisadora teve acesso, via e-mail, sobre a descrição do significado de cada um destes indicadores avaliados.

Para avaliar a QV, foi utilizado o instrumento *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life* (HAT-QoL), descrito no Apêndice C, o qual foi traduzido, adaptado e validado para uso no

Brasil por dois estudos (MOSER; TRAEBERT, 2011; SOÁREZ et al., 2009) e obteve estimativas de confiabilidade em todos os domínios de consistência interna satisfatória.

### 3.4.1 Variáveis do Estudo

As variáveis dependentes utilizadas nesta pesquisa foram adesão ao tratamento antirretroviral e escala de QV para PVHIV. As variáveis independentes estão descritas no quadro a seguir.

**Quadro 1** – Descrição das variáveis independentes utilizadas nesta pesquisa.

Variáveis Independentes	
Idade (anos)	Situação conjugal
Nacionalidade	Utilização de drogas
Sexo	Ingestão de bebidas alcóolicas
Raça autodeclarada	Número de filhos
Escolaridade	Renda mensal (reais)
Município de residência	Número de dependentes da renda
Situação empregatícia	Profissão
Orientação recebida no serviço	Religião
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (meses)	Via de transmissão da infecção pelo HIV
Infecções oportunistas	Mudança de estilo de vida
Carga Viral (cópias/mL)	Antirretrovirais
Contagem de linfócitos T-CD4 (cópias/mL)	Posologia dos medicamentos
Utilização de medicações psiquiátricas	Número de comprimidos/dia

Fonte: a autora (2020).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A construção do banco de dados assim como a construção dos gráficos e imagens foram realizadas no programa *Microsoft Excel 2016*, sendo a análise realizada no programa *IBM SPSS Statistics 20*.

Foram realizados testes de média, desvio padrão, mínimo, máximo e frequência para análise das variáveis sociodemográficas e clínicas, e adesão ao tratamento. Para estimar o grau de adesão ao tratamento, foram utilizados os escores brutos (*raw scores*) com base no percentil 85 ( $\geq$  percentil 85 = adesão estrita;  $<$  percentil 85 = adesão insuficiente). A avaliação da QV, a partir da escala HAT-QoL, foi baseada na média alcançada de cada dimensão do questionário, totalizando nove dimensões.

Para avaliação da influência dos domínios da QV na adesão ao tratamento, foi realizada regressão logística linear. Para análise da influência dos domínios de QV no grau de adesão ao tratamento, foi realizado teste U de Mann-Whitney. Para estimar o grau de

correlação entre as variáveis de QV e adesão ao tratamento, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Foram considerados como parâmetros para correlação de Pearson:

**Quadro 2** – Categorização para os valores do coeficiente de correlação sugerido por Jacques Callegari.

Valor	Correlação
$r = 0$	Nula
$0 < r \leq 0.3$	Fraca
$0.3 < r \leq 0.6$	Média
$0.6 < r \leq 0.9$	Forte
$0.9 < r < 1$	Muito forte
$r = 1$	Perfeita

Fonte: Elaborado com base no livro escrito por Callegari-Jacques (2003).

Para avaliação da correlação entre QV, adesão ao tratamento e marcadores clínicos de PVHIV, foi realizada regressão logística linear. Destaca-se que foram considerados os escores brutos de adesão para realização de todos os testes, conforme orientação do autor do questionário.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao CEP-UFRR e à instituição, sendo aprovado em outubro de 2019, sob o CAAE nº 19790819.0.0000.5302. Cada sujeito foi convidado individualmente a participar da pesquisa, sendo informado sobre os seus objetivos, finalidade, riscos e benefícios através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), apresentado em versão impressa, visando informar sobre a pesquisa bem como garantir o compromisso da pesquisadora com o sigilo da sua identidade e diagnóstico. Para tanto, foi necessária a assinatura tanto do paciente quanto da pesquisadora em duas vias, sendo uma cópia retida pelo sujeito e a outra pela pesquisadora.

Os aspectos éticos e metodológicos atenderam às diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Neste, contempla-se os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, os quais serão garantidos através do:

- “a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e
- d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.” (BRASIL, 2012, p. 3).

O processo de esclarecimento da pesquisa ocorreu por meio de conversa individual com os participantes sobre os objetivos da mesma, explicando os procedimentos de coleta, riscos e benefícios.

Desta forma, os benefícios desta pesquisa abrangem: dar um retorno aos participantes do estudo sobre os resultados encontrados nesta pesquisa e ajudar os mesmos a incrementar a sua adesão ao tratamento, de forma que propicie melhora da sua QV, buscando fortalecimento nas redes de apoio social e do serviço de saúde; dar uma resposta ao centro de referência sobre a adesão ao tratamento dos participantes da pesquisa e auxiliar os profissionais a criar estratégias que fomentem a adesão das PVHIV à TARV; fomentar o banco de dados sobre a infecção pelo HIV no estado de Roraima e divulgar as informações encontradas neste estudo em eventos científicos, periódicos e boletins epidemiológicos; incentivar novas pesquisas acerca da temática que abordem as vulnerabilidades das PVHIV no estado de Roraima e no país.

Em relação aos riscos, houve possibilidade de risco mínimo ao participar deste estudo, como a possibilidade de o participante apresentar cansaço e desconforto físico, em função do tempo para responder os questionários, além de constrangimento e desconforto psicológico a partir da evocação de alguma memória. Neste sentido, foi proporcionado um tempo livre para a atividade durante a coleta de dados, quando necessário.

Foi assegurado o caráter voluntário de participação e a liberdade do participante em retirar-se do estudo a qualquer momento, sendo garantido seu anonimato. Todas as informações coletadas são única e exclusivamente de responsabilidade da pesquisadora, para fins de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados, como consta no Apêndice E.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e para fins acadêmicos, além de mantidas na UFRR, por um período de cinco anos. Após este período os dados serão destruídos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram da pesquisa 168 pessoas, dos quais 91,7% são brasileiros, 71,4% são homens, 70,2% são pardos, 36,9% possuem ensino médio completo, 83,9% são moradores da cidade de Boa Vista e 54,2% são solteiros. A média da idade foi de 38 anos, a qual variou de 18 a 69 anos. O número de filhos variou de 0 a 12 filhos, com média de 1 filho (Tabela 5).

**Tabela 5** - Características sociodemográficas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (continua)

Variáveis	n (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Nacionalidade</b>				
Brasileira	154 (91,7)			
Venezuelana	13 (7,7)			
Cubana	1 (0,6)			
<b>Sexo</b>				
Masculino	120 (71,4)			
Feminino	48 (28,6)			
<b>Raça</b>				
Parda	118 (70,2)			
Preta	30 (17,9)			
Branca	18 (10,7)			
Amarela	2 (1,2)			
<b>Idade (anos)</b>		38	18	69
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	1 (0,6)			
Ensino fundamental incompleto	28 (16,7)			
Ensino fundamental completo	12 (7,1)			
Ensino médio incompleto	13 (7,7)			
Ensino médio completo	62 (36,9)			
Ensino superior incompleto	24 (14,3)			
Ensino superior completo	25 (14,9)			
Pós-graduação	3 (1,8)			
<b>Município de Residência</b>				
Boa Vista	141 (83,9)			
Demais municípios	27 (16,1)			
<b>Situação Conjugal</b>				
Convive com esposo(a) ou companheiro(a)	60 (35,7)			
Solteiro(a)	91 (54,2)			
Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	17 (10,1)			
<b>Número de filhos</b>		1	0	12
<b>Renda mensal (em reais)</b>		2.165,61	0,00	28.000,00
<b>Número de dependentes da renda</b>		3	1	13

**Tabela 5** - Características sociodemográficas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Empregado no momento</b>				
Não	62 (36,9)			
Não, aposentado (a)	9 (5,4)			
Não, recebendo auxílio-doença do governo federal	7 (4,2)			
Sim, com carteira de trabalho assinada	27 (16,1)			
Sim, sem carteira de trabalho assinada	63 (37,5)			
<b>Profissão</b>				
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	4 (4,4)			
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e empresas e gerentes	3 (3,3)			
Profissionais das ciências e das artes	7 (7,8)			
Técnicos de nível médio	18 (20,0)			
Trabalhadores de serviços administrativos	5 (5,6)			
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	48 (53,3)			
Não especificado	5 (5,6)			
<b>Alguém do seu trabalho sabe sobre a sua doença?</b>				
Sim	34 (37,8)			
Não	56 (62,2)			
<b>Utilização de drogas</b>				
Sim	3 (1,8)			
Não	165 (98,2)			
<b>Ingestão de bebidas alcólicas frequentemente</b>				
Sim	3 (1,8)			
Não	165 (98,2)			
<b>Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcóolica ou parar de beber?</b>				
Sim	2 (66,7)			
Não	1 (33,3)			
<b>As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcóolica?</b>				
Sim	1 (33,3)			
Não	2 (66,7)			
<b>Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcóolica?</b>				
Sim	1 (33,3)			
Não	2 (66,7)			
<b>Mantem o acompanhamento de sua saúde no serviço é:</b>				
Difícil	16 (9,5)			
Mais ou menos	32 (19,0)			
Fácil	120 (71,4)			
<b>Você participa de algum tipo de grupo de apoio para o tratamento?</b>				
Sim	4 (2,4)			
Não	164 (97,6)			
<b>Qual grupo de apoio?</b>				
Associação de Bem com a Vida (ABV)	2 (50,0)			
ABV + Cidadã de Mulheres	1 (25,0)			
Associação Luta pela Vida (ALV)	1 (25,0)			

**Tabela 5** - Características sociodemográficas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (conclusão)

Variáveis	n (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Você recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento?</b>				
Sim	138 (82,1)			
Não	30 (17,9)			
<b>Por qual profissional?</b>				
Médico	27 (19,6)			
Enfermeiro	8 (5,8)			
Psicólogo	28 (20,3)			
Assistente social	8 (5,8)			
Farmacêutica	4 (2,9)			
Mais de um profissional	61 (44,2)			
Não lembra	2 (1,4)			
<b>Você pratica alguma religião?</b>				
Sim	97 (57,7)			
Não	71 (42,3)			
<b>Se sim, qual religião?</b>				
Evangélica	43 (25,6)			
Católica	35 (20,8)			
Umbanda/Candomblé	7 (4,2)			
Espírita	3 (1,8)			
Múltiplo pertencimento	1 (0,6)			
Sem religião definida ou não pratica nenhuma religião	72 (42,8)			
Adventista	4 (2,4)			
Outra	3 (1,8)			

Fonte: a autora (2020).

Em relação à renda mensal, a média foi de R\$ 2.165,61, variando de R\$0,00 a R\$28.000,00. O número de dependentes da renda variou de 1 a 13 dependentes, com média de 3. Quanto à situação empregatícia, 37,5% trabalham sem carteira assinada, seguido de 36,9% desempregados. Vale ressaltar que dentre os trabalhadores sem carteira assinada, alguns possuíam cargo comissionado e outros eram servidores públicos. As profissões que mais se destacaram foram trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (53,3%). Para os que estavam empregados, 62,2% responderam que ninguém do seu trabalho sabia sobre o seu diagnóstico de infecção pelo HIV (Tabela 5).

A grande maioria dos participantes (98,2%) não utiliza drogas ilícitas e não ingere bebidas alcoólicas frequentemente; 66,7% das pessoas que costumam beber frequentemente afirmaram sentir que deveriam diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber; 66,7% não se sentem aborrecidas pelo modo como as pessoas criticam o seu modo de ingerir bebida alcoólica e 66,7% não se sente chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber (Tabela 5).

Manter o acompanhamento no serviço de saúde é fácil para 71,4% dos participantes. Apenas 2,4% participam de algum grupo de apoio para o tratamento; destas, 50% participam da Associação de Bem com a Vida (ABV). Em relação à orientação no serviço onde realiza o tratamento, 82,1% afirmam ter recebido algum tipo de orientação. Deste total, 44,2% referem ter recebido orientações por mais de um profissional de saúde, 20,3% receberam orientações do psicólogo e 19,6% do médico. Destaca-se que 42,8% dos participantes não tem religião definida ou não pratica nenhuma religião, 25,6% são evangélicos e 20,8% são católicos (Tabela 5).

Quanto aos aspectos relacionados à infecção pelo HIV, o tempo de diagnóstico variou de 3 a 336 meses, com média de 81 meses. 68,5% foram infectados via transmissão sexual, 29,8% dos participantes já haviam sido acometidos por alguma infecção oportunista; deste total, 18% tiveram pneumonia, 14% sífilis e 14% mais de uma infecção oportunista (Tabela 6).

**Tabela 6** - Características clínicas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (continua)

Variáveis	n (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Quanto tempo sabe do diagnóstico? (meses)</b>		81	3	336
<b>Como adquiriu o HIV?</b>				
Transfusão sanguínea	2 (1,2)			
Transmissão sexual	115 (68,5)			
Desconhecida	48 (28,6)			
Acidente de trabalho	2 (1,2)			
Compartilhamento de material perfurocortante contaminado	1 (0,6)			
<b>Teve alguma infecção oportunista?</b>				
Sim	50 (29,8)			
Não	118 (70,2)			
<b>Se sim, qual?</b>				
Pneumonia	9 (18,0)			
Sífilis	7 (14,0)			
Tuberculose	5 (10,0)			
Herpes	5 (10,0)			
Neurotoxoplasmose	5 (10,0)			
Mais de uma infecção oportunista	7 (14,0)			
Outros	12 (24,0)			
<b>Nº de comprimidos para HIV que toma por dia</b>		2	1	11
<b>Posologia dos comprimidos</b>				
Não encontrado no prontuário	149 (88,7)			
Encontrado no prontuário	10 (6,0)			
Encontrado na prescrição farmacêutica com o paciente	9 (5,3)			
<b>Utiliza medicações psiquiátricas?</b>				
Sim	20 (11,9)			
Não	148 (88,1)			

**Tabela 6** - Características clínicas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (continuação)

Variáveis	n (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Se sim, quais medicações?</b>				
Fenobarbital	1 (5,0)			
Escitalopram	1 (5,0)			
Amitriptilina	2 (10,0)			
Duloxetina	1 (5,0)			
Mais de um medicamento	5 (25,0)			
Não lembra o nome da medicação	10 (50,0)			
<b>Houve alguma mudança no seu estilo de vida em razão do tratamento?</b>				
Sim	79 (47,0)			
Não	89 (53,0)			
<b>Se sim, qual mudança?</b>				
Alimentação, higiene e/ou atividade física	11 (14,0)			
Prática sexual, diminuição da ingestão de bebida alcoólica e/ou sair	11 (14,0)			
Relacionamentos pessoais e sociais	8 (10,1)			
Realização de consultas e exames de rotina	2 (2,5)			
Uso de medicação diária	10 (12,6)			
Mais de uma opção	28 (35,4)			
Outros	9 (11,4)			
<b>Alguma vez deixou de tomar a medicação por ter alguma alteração na prescrição médica?</b>				
Sim	9 (5,4)			
Não	159 (94,6)			
<b>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por não ter eles com você?</b>				
Sim	66 (39,3)			
Não	102 (60,7)			
<b>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por estar em jejum?</b>				
Sim	1 (0,6)			
Não	167 (99,4)			
<b>Há quantos meses está em tratamento?</b>		73	3	264
<b>Valor de T-CD4</b>				
<200 células/mm <sup>3</sup>	6 (3,5)			
200 a < 350 células/mm <sup>3</sup>	16 (9,4)			
≥ 350 células/mm <sup>3</sup>	143 (84,1)			
Exame não encontrado no prontuário	3 (1,8)			
<b>Data de realização do último exame T-CD4</b>				
< 6 meses	43 (26,1)			
Entre 6 e 12 meses	16 (9,7)			
Entre 12 e 18 meses	15 (9,1)			
> 18 meses	91 (55,1)			
<b>Valor de Carga Viral</b>				
Indetectável	107 (63,7)			
< Limite mínimo (40 cópias/mL)	33 (19,6)			
> 40 cópias/mL	26 (15,5)			
Exame não encontrado	2 (1,2)			
<b>Data de realização do último exame de carga viral</b>				
< 6 meses	110 (66,3)			
Entre 6 e 12 meses	31(18,7)			
Entre 12 e 18 meses	18 (10,8)			
> 18 meses	7 (4,2)			

**Tabela 6** - Características clínicas de pacientes que vivem com HIV e são acompanhados em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020. (conclusão)

Variáveis	N (%)	Média	Mínimo	Máximo
<b>Antirretrovirais</b>				
TDF/3TC + DTG	74 (46,0)			
TDF/3TC + RAL	1 (0,6)			
TDF/ 3TC + EFV	60 (37,3)			
DRV/r + AZT + 3TC	1 (0,6)			
TDF/ 3TC + NVP	4 (2,5)			
AZT/3TC + EFV	5 (3,2)			
TDF/3TC + LVP/r	1 (0,6)			
TDF/3TC + ATV/r	6 (3,8)			
TDF/3TC + AZT + RTV	1 (0,6)			
ATV/r + TDF	1 (0,6)			
DRV/r + RAL + ETR + TDF/3TC	1 (0,6)			
TDF/3TC + DRV/r	2 (1,2)			
MVC + DTG + ETR	1 (0,6)			
EFV + DTG	1 (0,6)			
AZT/ 3TC + LPV	1 (0,6)			
AZT/ 3TC + RTV + DRV	1 (0,6)			

Legenda: TDF: Tenofovir. 3TC: Lamivudina. DTG: Dolutegravir. RAL: Raltegravir. EFV: Efavirenz. DRV/r: Darunavir com reforço de ritonavir. AZT: Zidovudina. NVP: Neviparina. LVP/r: Lopinavir com reforço de ritonavir. ATV/r: Atazanavir com reforço de ritonavir. RTV: Ritonavir. ETR: Etravirina. MVC: Maraviroque.

Fonte: a autora (2020).

A média de comprimidos que a pessoa toma para o tratamento da infecção pelo HIV por dia foi 2. A posologia não foi encontrada em 88,7% dos prontuários dos participantes, 11,9% utilizam alguma medicação psiquiátrica sendo que 50% deste público não lembram o nome da medicação, 47% afirmam que houve mudança no seu estilo de vida em função do tratamento, dos quais 35,4% afirmam ter realizado mais de uma mudança na sua rotina (Tabela 6).

O período de tratamento variou de 3 a 264 meses, com média de 73 meses. O valor de linfócitos T-CD4 estava igual ou superior a 350 células/mm<sup>3</sup> para 84,1% dos participantes, sendo a data de realização do último exame superior a 18 meses para 55,1%. A carga viral estava indetectável para 63,7% das pessoas, considerando que o exame de 66,3% havia sido realizado no período inferior a 6 meses. Os antirretrovirais mais utilizados são TDF/3TC + DTG (46%) TDF/ 3TC + EFV (37,3%) (Tabela 6).

#### 4.2 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL – CEAT-VIH

A avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral leva em consideração cinco componentes, gerando uma classificação geral ao final do questionário. Os componentes analisados para mensurar a adesão foram: o cumprimento do tratamento, os antecedentes da

falta de adesão, comunicação médico-paciente, crenças e expectativas sobre o tratamento e a satisfação com o tratamento (Tabela 7).

**Tabela 7** - Análises descritivas dos domínios para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) de adultos vivendo com HIV que fazem acompanhamento em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020.

Domínios para avaliação da adesão	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Cumprimento do tratamento	13,7	1,9	4,0	15,0
Antecedentes da falta de adesão	19,2	1,4	12,0	20,0
Comunicação médico-paciente	12,4	2,3	6,0	15,0
Crenças e expectativas sobre o tratamento	21,8	2,3	15,0	25,0
Satisfação com o tratamento	8,8	1,3	5,0	10,0

Fonte: a autora (2020).

Quanto ao grau de adesão ao tratamento antirretroviral, observa-se, na Tabela 8, que 137 participantes (81,6%) obtiveram adesão insuficiente. Desta forma, apenas 18,4% alcançou a adesão estrita.

**Tabela 8** - Grau de adesão ao tratamento antirretroviral de adultos vivendo com HIV acompanhados em um centro de referência (n = 168), com base nos escores brutos (*raw scores*). Boa Vista-RR, 2020.

Pontuação	Frequência (n)	Grau de adesão
<81,00	137	Adesão insuficiente (81,6%)
≥81,00	31	Adesão estrita (18,4%)

Legenda: utilizado percentil 85 conforme orientações do autor do questionário. ≥ percentil 85 = adesão estrita, < percentil 85 = adesão insuficiente.

Fonte: a autora (2020).

### 4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – HAT-QoL

Analisando a Tabela 9, percebe-se que oito, das nove dimensões, obtiveram valores mínimos iguais a zero e todas alcançaram os valores máximos, igual a cem pontos. As dimensões “Preocupações financeiras” (48,5), “Preocupações com o sigilo” (51,6) e “Confiança no profissional” (66,4) obtiveram as menores pontuações médias, evidenciando menor QV referente a estes aspectos. No entanto, as dimensões “Preocupações com a saúde” (76,0), “Função Sexual” (77,2) e “Preocupações com a medicação” (89,6) alcançaram as maiores pontuações médias, demonstrando QV mais elevada quanto a estas categorias.

**Tabela 9** - Avaliação da QV de PVHIV acompanhadas em um centro de referência (n = 168), a partir das dimensões da escala HAT-QoL. Boa Vista-RR, 2020.

Dimensão	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
PREFI	48,5	37,5	0,0	100,0
PRESI	51,6	31,6	0,0	100,0
CONPRO	66,4	33,6	0,0	100,0
ACEHIV	72,0	34,7	0,0	100,0
SAVI	73,8	26,4	0,0	100,0
FUNGER	75,9	22,6	0,0	100,0
PRESA	76,0	29,7	0,0	100,0
FUSEX	77,2	34,8	0,0	100,0
PREME	89,6	16,8	20,0	100,0

Legenda: PREFI: Preocupações financeiras; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; ACEHIV: Aceitação do HIV; SAVI: Satisfação com a vida; FUNGER: Função geral; PRESA: Preocupações com a saúde; FUSEX: Função sexual; PREME: Preocupações com a medicação.

Fonte: a autora (2020).

Como não há valores de referência a serem utilizados como ponto de corte, pode-se considerar cortes a cada 25 pontos. Sendo assim, há apenas uma dimensão abaixo de 50 pontos (PREFI), quatro dimensões entre 50 e 75 pontos (PRESI, CONPRO, ACEHIV e SAVI) e quatro dimensões com valores acima de 75 pontos (FUNGER, PRESA, FUSEX e PREME), conforme ilustra a Figura 3.

**Figura 3** - Gráfico das médias das dimensões da escala de QV de PVHIV acompanhadas em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020.



Legenda: PREFI: Preocupações financeiras; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; ACEHIV: Aceitação do HIV; SAVI: Satisfação com a vida; FUNGER: Função geral; PRESA: Preocupações com a saúde; FUSEX: Função sexual; PREME: Preocupações com a medicação.

Fonte: a autora (2020).

#### 4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA À ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Para avaliação da influência de todos os domínios da qualidade de vida na adesão ao tratamento, foi realizada regressão logística linear, a qual demonstrou que as dimensões Satisfação com a vida (SAVI), Preocupações financeiras (PREFI), Preocupações com a medicação (PREME) e Confiança no profissional (CONPRO) apresentaram significância estatística (Tabela 10).

**Tabela 10** - Regressão logística entre os domínios de QV de PVHIV na adesão ao tratamento antirretroviral (contínua), acompanhadas em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020.

Dimensões	Coeficientes não padronizados		t	Intervalo de confiança 95% para B	
	B	Modelo padrão		Limite inferior	Limite superior
(Constante)	60,6	2,0	30,7	56,7	64,5
SAVI	,0	,0	3,1	,0	,1
PREFI	,0	,0	2,4	,0	,0
PREME	,1	,0	4,2	,0	,1
CONPRO	,0	,0	3,8	,0	,1

Legenda: SAVI: Satisfação com a vida; PREFI: Preocupações financeiras; PREME: Preocupações com a medicação; CONPRO: Confiança no profissional.

Fonte: a autora (2020).

**Tabela 11** - Influência dos domínios de QV de PVHIV na adesão ao tratamento, acompanhadas em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020.

Dimensões	Escores Médio de QV		Grau de adesão				p
			Insuficiente		Estrita		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
FUNGER	75,9	22,6	73,3	23,3	87,4	14,7	0,0
SAVI	73,8	26,4	71,1	26,9	85,7	20,4	0,0
PRESA	76,0	29,7	73,6	30,5	86,7	23,2	0,0
PREFI	48,5	37,5	43,6	36,8	70,2	32,7	0,0
PREME	89,6	16,8	88,1	18,0	96,3	7,1	0,0
ACEHIV	72,0	34,7	70,3	34,9	79,8	33,3	0,1
PRESI	51,6	31,6	49,2	32,0	62,3	27,8	0,0
CONPRO	66,4	33,6	63,0	34,5	81,2	25,0	0,0
FUSEX	77,2	34,8	74,4	36,5	89,9	22,5	0,0

Legenda: \* Teste U de Mann-Whitney. QV: qualidade de vida. DP: desvio padrão. FUNGER: Função geral; SAVI: Satisfação com a vida; PRESA: Preocupações com a saúde; PREFI: Preocupações financeiras; PREME: Preocupações com a medicação; ACEHIV: Aceitação do HIV; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; FUSEX: Função sexual.

Fonte: autora.

Em relação à influência dos domínios de qualidade de vida (HAT-QoL) no grau de adesão ao tratamento, observa-se que as médias mais elevadas de qualidade de vida estão relacionadas à adesão estrita (adequada), demonstrando que quanto maior o nível de QV das

peessoas que vivem com HIV, maior é sua adesão ao tratamento (Tabela 11).

Conforme demonstra a Tabela 12, as relações entre adesão global e cumprimento do tratamento ( $r= 0,651$ ;  $p<0,01$ ), adesão global e crenças e expectativas sobre o tratamento ( $r=0,672$ ;  $p<0,01$ ), adesão global e satisfação com o tratamento ( $r= 0,609$ ,  $p<0,01$ ) e função geral e satisfação com a vida ( $r= 0,613$ ;  $p<0,01$ ) são diretamente proporcionais, ou seja, quando aumenta o cumprimento, as crenças e expectativas, e a satisfação relacionados ao tratamento, aumenta também a adesão global, sendo benéfico para PVHIV. Desta mesma forma, quando há uma elevação na satisfação com a vida, há um aumento na função geral da pessoa.

Destaca-se também que foram encontradas correlações médias entre outras variáveis, como por exemplo, adesão global e antecedentes de não adesão ( $r= 0,477$ ;  $p<0,01$ ), adesão global e comunicação médico-paciente ( $r= 0,473$ ;  $p<0,01$ ), adesão global e satisfação com a vida ( $r= 0,401$ ;  $p<0,01$ ). Isto significa que quanto melhor a satisfação com a vida e a comunicação médico-paciente, maior será a adesão ao tratamento. A comunicação médico-paciente pode ser vista como um elemento motivacional para a adesão. Já os antecedentes de não adesão, diretamente proporcionais à adesão global, podem significar que a pessoa, ao deixar de tomar a medicação, sentiu os efeitos da carga viral elevada no seu corpo, conforme relatado por muitos participantes, desta forma influenciando a pessoa a retornar seu tratamento e segui-lo corretamente, aumentando a adesão global (Tabela 12).

#### **4.4.1 Correlação entre qualidade de vida, adesão ao tratamento e indicadores clínicos de pessoas vivendo com HIV**

Os resultados obtidos demonstram que os domínios satisfação com a vida, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e confiança no profissional influenciam positivamente a adesão ao tratamento antirretroviral, aumentando o escore de adesão (traçado contínuo). Desta forma, a adesão reflete positivamente na carga viral, de modo que a supressão viral seja alcançada, direcionando para uma vida mais saudável e próxima a de pessoas soronegativas (Figura 4).

**Tabela 12 -** Correlação de todos os domínios de QV e dimensões de adesão ao tratamento antirretroviral de PVHIV acompanhadas em um centro de referência (n = 168). Boa Vista-RR, 2020.

Variáveis	Adesão global	Cumprimento do tratamento	Antecedentes de não adesão	Comunicação médico-paciente	Crenças e expectativa sobre o tratamento	Satisfação com o tratamento	FUNGER	SAVI	PRESA	PREFI	PREME	ACEHIV	PRESI	CONPRO	FUSEX
Adesão global	1,0														
Cumprimento do tratamento	0,651**	1,0													
Antecedentes de não adesão	0,477**	0,223**	1,0												
Comunicação médico-paciente	0,473**	0,065	-0,043	1,0											
Crenças e expectativas sobre o tratamento	0,672**	0,304**	0,263**	-0,041	1,0										
Satisfação com o tratamento	0,609**	0,315**	0,143	0,188*	0,329**	1,0									
FUNGER	0,397**	0,317**	0,224**	0,157*	0,265**	0,172*	1,0								
SAVI	0,401**	0,324**	0,165*	0,197*	0,237**	0,225**	0,613**	1,0							
PRESA	0,304**	0,272**	0,178*	0,069	0,272**	0,047	0,432**	0,320**	1,0						
PREFI	0,325**	0,200**	0,158*	0,193*	0,242**	0,092	0,447**	0,297**	0,510**	1,0					
PREME	0,412**	0,215**	0,394**	0,107	0,340**	0,152*	0,313**	0,303**	0,468**	0,276**	1,0				
ACEHIV	0,277**	0,252**	0,242**	0,053	0,164*	0,116	0,328**	0,259**	0,527**	0,347**	0,493**	1,0			
PRESI	0,094	0,046	0,047	0,064	0,095	-0,018	0,179*	0,111	0,287**	0,302**	0,155**	0,354**	1,0		
CONPRO	0,325**	0,154*	0,040	0,407**	0,065	0,228**	0,163*	0,195*	0,025	0,084	0,071	0,075	0,163*	1,0	
FUSEX	0,106	0,031	0,210**	0,104	0,008	-0,047	0,301**	0,162*	0,199**	0,189*	0,116	0,128	0,014	-0,053	1,0

Legenda: Correlação de Pearson (valores de r). \*\* Correlação é significativa no nível 0,01. \* Correlação é significativa no nível 0,05. ■ Correlação forte. ■ Correlação média.  
 FUNGER: Função geral; SAVI: Satisfação com a vida; PRESA: Preocupações com a saúde; PREFI: Preocupações financeiras; PREME: Preocupações com a medicação;  
 ACEHIV: Aceitação do HIV; PRESI: Preocupações com o sigilo; CONPRO: Confiança no profissional; FUSEX: Função sexual.

Fonte: a autora (2020).



## 4.5 PRODUTO DE EDITORAÇÃO “DICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO”

### 4.5.1 Descrição do produto de editoração e de sua finalidade

Com base nos resultados encontrados nesta pesquisa, viu-se a necessidade de elaborar um produto técnico para as PVHIV que estão em acompanhamento no serviço de referência de Boa Vista-RR. Para tanto, foi construído um produto de editoração intitulado “Dicas para melhorar a adesão ao tratamento”, contendo informações sobre o vírus, forma de transmissão, tratamento, efeitos colaterais, dicas para lidar com os principais efeitos colaterais e alimentação, totalizando 10 páginas.

Para não causar constrangimento às pessoas que tiverem interesse em ler o material elaborado, não foi colocado o termo “HIV” na capa, pois muitas pessoas ainda hoje lidam com preconceito e estigma. Assim, surgiu a ideia de colocar um laço vermelho no canto inferior direito da capa para identificar que as referidas dicas falam sobre HIV. É reconhecido mundialmente, principalmente pelas pessoas que convivem com a infecção, que o laço vermelho faz alusão à infecção pelo HIV.

### 4.5.2 Avanços tecnológicos/grau de novidade

Produto com médio teor inovativo, uma vez que combina conhecimentos pré-estabelecidos sobre a infecção pelo HIV e adesão ao tratamento antirretroviral, baseado cientificamente em informações do Ministério da Saúde (MS). No entanto, é o primeiro produto de editoração a ser desenvolvido sobre a temática de adesão voltado para PVHIV no estado de Roraima.

### 4.5.3 Produto

O produto de editoração é resultado do trabalho realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) vinculado à UFRR, desenvolvido pelas seguintes autoras:

#### **Docente Autora:**

Nome: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel.

(x) Permanente; ( ) Colaborador

#### **Discente Autora:**

Nome: Luiza Brum Argenta.

( ) Mest Acad; (x) Mest Prof; ( )Doutorado

### **Conexão com a Pesquisa**

- Projeto de Pesquisa vinculado à produção: “Adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV que realizam acompanhamento na capital de Roraima”.
- Linha de Pesquisa vinculada à produção: “Epidemiologia e Vigilância em Saúde na Amazônia”.

### **Recursos e vínculos da Produção Técnica/Tecnológica**

- Data de início: 02/2020
- Fonte do Financiamento: Não há.

### **Aplicabilidade da Produção Técnica/Tecnológica**

Acredita-se que o produto de editoração poderá influenciar positivamente a vida das PVHIV em relação à adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida. Como a maioria das pessoas que frequentam o centro de referência possuem ensino médio completo, buscou-se elaborar um produto com linguagem simples, clara e adequada, além de possuir figuras de ilustração favorecendo a compreensão, para alcançar o maior número de pessoas. Neste contexto, o produto de editoração terá alta aplicabilidade, pois poderá ser disponibilizado fisicamente ou digitalmente pelos serviços de assistência especializada que são referência para o tratamento da infecção por HIV.

### **Descrição da Abrangência Realizada**

O produto será apresentado aos profissionais de saúde que trabalham no centro de referência roraimense que assiste as PVHIV, onde a pesquisa foi realizada, para dar um retorno à equipe que atende aproximadamente 1.924 adultos que estão em tratamento antirretroviral.

### **Descrição da Abrangência potencial**

Acredita-se que após a divulgação do produto de editoração aos responsáveis pelo centro de referência, o mesmo será disponibilizado tanto para os pacientes atendidos

localmente que já estão em tratamento antirretroviral quanto para os novos pacientes que iniciarão o tratamento.

### **Descrição da Replicabilidade**

O produto de editoração poderá ser replicado e transferido para outros centros de referência voltado para PVHIV distribuídos em todo país, através do meio físico ou digital.

**A produção necessita estar no repositório? Sim**

### **Documentos Anexados (em PDF)**

- (x) O produto de editoração (Apêndice F)
- (x) Declaração de entrega do produto técnico (PROCISA – UFRR) (Anexo A)
- (x) Declaração de apresentação e entrega do produto técnico emitida pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) (Anexo B)

## 5 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das PVHIV demonstra que há predomínio do sexo masculino, convergente com dados do boletim epidemiológico nacional (BRASIL, 2019) e pesquisas realizadas nos cenários nacional e internacional (CHAVES et al., 2020; DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018; FORESTO et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017; PRIMEIRA et al., 2018; SOUZA et al., 2019).

Apesar da maioria dos participantes serem brasileiros, houve participação de venezuelanos (7,7%) na pesquisa, o que se justifica pela grave crise social e política enfrentada na Venezuela, que motivou o processo migratório para a América Latina, principalmente Colômbia e Brasil, sendo o fluxo mais concentrado no estado de Roraima. Verifica-se que a cidade de Boa Vista-RR já conta com diversas transformações sociais oriundas da presença significativa e crescente de venezuelanos, que vivem sob intensa vulnerabilidade socioeconômica. Certamente, esta situação de forte vulnerabilidade contribui para minimizar seus níveis de saúde e QV, e reflexos dessa situação dificultam o funcionamento dos sistemas de saúde (ARRUDA-BARBOSA; SALES; TORRES, 2020; FGV, 2018).

Estudo realizado para avaliar o impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência, em Roraima, observou que a língua estrangeira acaba sendo um entrave adicional na assistência à saúde, já tão fragilizada a essas populações. Desta forma, as diferenças culturais e comportamentais dificultam a assistência integral ao paciente e devem ser consideradas. Vale ressaltar ainda que o Brasil tem constituído uma frente de acolhimento aos imigrantes, a partir do SUS que é universal e gratuito para todos os usuários, independente de gênero, raça, etnia, cor, religião, nacionalidade, orientação sexual, classe social ou posicionamento político (ARRUDA-BARBOSA; SALES; TORRES, 2020).

A raça predominante foi parda (70,2%), semelhante aos resultados das pesquisas realizadas nos estados de Minas Gerais, Pará e Ceará (GOUVÊA-E-SILVA et al., 2016; PEDROSA et al., 2015; TRINDADE et al., 2019), reforçando o perfil epidemiológico destas regiões, diferente da população sulista brasileira, a qual é caracterizada pela predominância de brancos (OLIVEIRA et al., 2020; PRIMEIRA et al., 2020). A média de idade neste estudo foi de 38 anos, variando de 18 a 69 anos, um pouco inferior aos dados de pesquisas que avaliaram QV em outras regiões do Brasil (FERREIRA et al., 2018; PASSOS; SOUZA, 2015; PRIMEIRA et al., 2020) e no exterior (ALONSO et al., 2018), e semelhante à pesquisa realizada em Teresina, Piauí, com média de 38 anos também (OLIVEIRA et al., 2017).

A maioria das pessoas completou o ensino médio, assim como participantes de estudos realizados na região do Brasil (DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018; NOGUEIRA et al., 2019). Isto reforça que as estratégias de saúde devem estar voltadas para ações educativas que utilizem linguagem adequada e acessível, facilitando a compreensão da infecção e do tratamento. Segundo Silva et al. (2015), pessoas com menos de 8 anos de estudo tem 2,2 vezes mais chance de falhar na adesão ao tratamento antirretroviral, sendo considerado um dos fatores de não adesão. Um alto nível de escolaridade geralmente é associado a uma boa adesão (FORESTO et al., 2017).

Além disso, Dagli-Hernandez et al. (2016) destacam a correlação positiva entre o nível de escolaridade e a eficácia da farmacoterapia, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade mais eficaz se torna a farmacoterapia, pois as pessoas entendem a real necessidade do tratamento para infecção pelo HIV. Isto pode ser explicado porque a alfabetização em saúde indica a capacidade que os pacientes têm de receber, processar e compreender as informações necessárias recebidas sobre o seu tratamento (DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016).

Estudo realizado no estado de Roraima demonstra elevada prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em jovens adultos, no qual possuir menos de sete anos de estudo aumenta quatro vezes a chance de estar infectado. Mais de 17% dos homens e 14% das mulheres desconheciam o papel dos preservativos na prevenção de IST. Mais da metade dos participantes não sabiam que pacientes com AIDS podem ser assintomáticos e 15% acreditavam que é uma doença restrita a homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. Isto sugere uma concepção distorcida de invulnerabilidade, principalmente entre homens, pois estes não se consideram pertencentes a grupos de risco, o que pode incentivar práticas sexuais inseguras e explicar esta alta prevalência em Roraima. Aproximadamente 60% acreditavam que não tinham risco de contrair HIV e sífilis, e quase 50% não acreditavam ter risco de contrair hepatite B. Conseqüentemente, não ter medo de contrair HIV foi relatado em 15% dos homens (FONSECA et al., 2019).

De fato, percebe-se a necessidade de implementar ações educativas com intuito de disseminar conhecimentos e informações para desmistificar o HIV/AIDS e reduzir seu impacto negativo. As intervenções educativas tem impactos positivos se englobarem todo o contexto biopsicossocial dos participantes. Além de utilizar metodologias ativas e lúdicas, que proporcionem empoderamento das atitudes individuais e coletivas em saúde, é necessário proporcionar maior diálogo e comunicação entre os pares, para que haja troca de saberes, experiências, mudanças de atitudes, comportamentos de riscos e para que as dúvidas, tabus e preconceitos sejam sanados. Desta forma, contribui para que o maior número de jovens

conheça sobre a infecção pelo HIV, para modificar suas atitudes frente a essa e outras IST, como também reduz o aparecimento de novos casos (MONTEIRO et al., 2019).

Quanto à situação empregatícia, a maioria possuía algum vínculo trabalhista com ou sem carteira assinada. Dentre estes, 62,2% afirmaram que ninguém do seu trabalho sabe sobre a sua condição sorológica. Para Erazo e Erazo (2018), o diagnóstico da infecção pelo HIV causa sofrimento pelas mudanças sociais e comportamentais que a pessoa soropositiva experimenta. O estigma associado à infecção faz com que as pessoas se preocupem com a revelação da soropositividade, sendo muitas vezes obrigadas a mentir sobre a sua condição de saúde (ALEMU et al., 2013; BERMÚDEZ-ROMAN et al., 2015).

A renda mensal observada entre os participantes da pesquisa foi em média de R\$ 2.165,61, variando de não possuir nenhuma renda a possuir até R\$ 28.000,00. Há evidências de associação entre o nível econômico e adesão ao tratamento: quanto melhor a situação econômica, maior a adesão (MYADA et al., 2017). Uma meta-análise realizada com objetivo de verificar a influência do *status* socioeconômico sobre a taxa de mortalidade por HIV, na África do Sul, observou que indivíduos com baixa renda possuem uma chance 50% maior de morrerem infectados pelo HIV do que pessoas com condições econômicas melhores (PROBST; PARRY; REHM, 2016).

Pessoas com baixa renda lidam constantemente com recursos limitados, o que pode interferir negativamente no autocuidado. O tratamento para HIV é complexo, envolvendo múltiplas facetas como: acompanhamento clínico, retirada da medicação na farmácia, uso regular da medicação nos horários prescritos pelo médico, coleta de sangue para exames, dentre outros, conforme o estado de saúde do paciente. Todos esses fatores podem interferir negativamente na rotina de trabalho do paciente soropositivo e, por consequência, o autocuidado pode ser negligenciado (MIYADA et al., 2017).

Embora apenas 3 participantes da pesquisa relatarem fazer uso frequente de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, sabe-se que o uso de álcool e outras substâncias podem diminuir os níveis plasmáticos ideais dos medicamentos ARVs, levando a uma terapia ineficaz e um maior risco de efeitos adversos e toxicidade (KUMAR et al., 2015). Estudo realizado por Santos et al. (2017) aponta que o uso nocivo de álcool altera a qualidade de vida, impactando nas relações sociais e condição física dos indivíduos, fatores que são essenciais para a continuidade do tratamento, uma vez que o apoio social é imprescindível para PVHIV.

Apenas 2,4% (Tabela 5) dos entrevistados afirmaram participar de algum tipo de grupo de apoio para o tratamento, sendo o grupo ABV o mais citado. A ABV é uma organização da sociedade civil que busca assistir PVHIV, usuários de drogas e jovens em situação de

vulnerabilidade (BRASIL, 2020). Localiza-se em um bairro distante da capital, dificultando a participação de algumas pessoas que gostariam de ir, porém não conseguem devido à falta de transporte e dinheiro para o pagamento do mesmo, segundo relatado pelos participantes do estudo. Segundo Pérsico e Figueiredo (2008, p. 23):

“O grupo pode ser eficaz quando constrói condições para um melhor enfrentamento do HIV/AIDS, oferecendo apoio e encorajamento, diminuindo os medos e as angústias, uma vez que se aprende com a experiência do outro criando novas alternativas de cuidados que produzem um aumento da autoestima. Os grupos de apoio contemplam uma visão de compartilhamento, no qual as pessoas estão interessadas em trocar experiências baseadas em um sistema de apoio mútuo.”

Para Silva et al. (2015) promover espaços e encontros entre os pacientes para troca de experiências e vivências, além de encontros com todos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente para debater os principais desafios enfrentados tanto pela equipe quanto pelos pacientes, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, são estratégias simples de serem programas e executadas, as quais podem mudar a realidade e favorecer a melhora dos índices de adesão.

Em relação às orientações realizadas no serviço de saúde, 82,1% (Tabela 5) dos indivíduos afirmaram ter recebido algum tipo de orientação, sendo o profissional de maior destaque o psicólogo, seguido do médico e orientações recebidas por mais de um profissional de saúde. O apoio social e familiar é de extrema relevância, uma vez que ameniza o sofrimento e o estresse vivenciado pela PVHIV. Os profissionais de saúde que compreendem a necessidade de incluir a família na atenção integral e individualizada às PVHIV revelam que conseguem criar um vínculo entre a equipe, os pacientes e a rede de apoio dos mesmos, trazendo resultados positivos para o tratamento e maior adesão (LEMOS et al., 2016).

Segundo Fagundes et al. (2010), é necessário atentar para a compreensão da orientação recebida pelos pacientes na prescrição da TARV. A orientação adequada fornecida sobre os medicamentos e a compreensão dessa são fundamentais para promover a adesão. Além disso, as características sociodemográficas como escolaridade, renda, idade, ingestão de álcool e/ou drogas ilícitas podem dificultar a compreensão das orientações sobre dose, horário, alimentação, uso de álcool, conduta caso esqueça de tomar o ARV, efeitos colaterais e retorno para buscar o medicamento.

Para maior parte dos participantes (57,7%), a prática da religião é algo comum no seu dia a dia, sendo as religiões evangélica e católica as mais praticadas. A religiosidade pode ser considerada como uma das formas de enfrentamento à rotina de conviver com HIV. Em estudo realizado com mulheres vivendo com HIV, a religiosidade teve impacto positivo,

ajudando a suportar as dificuldades de (con)viver com a infecção, aliviando o sofrimento emocional, melhorando a qualidade de vida e promovendo mudanças positivas no comportamento (GOMES et al., 2019; MELO et al., 2017).

Hipolito et al. (2017) indicam que as melhores avaliações de QV estão associadas à percepção de sentido da vida, ressignificação sobre a morte, descoberta de novas relações com Deus e no apoio proveniente das relações sociais. Desta forma, a religiosidade pode ser considerada um fator de proteção às pessoas infectadas pelo HIV (CARVALHO et al., 2007) e deve ser incluída no cuidado recebido pela pessoa.

A via de infecção predominante foi a transmissão sexual (68,5%), semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas nacionais e internacionais (ALONSO et al., 2018; CABRAL et al., 2018; MIYADA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020; PRIMEIRA et al., 2020; TRINDADE et al., 2019). Villela e Barbosa (2015) destacam que a prevenção da transmissão do HIV está sujeita ao entendimento de cada um sobre os riscos relacionados a comportamentos específicos e da autoavaliação de exposição a estes riscos. É necessário considerar os diferentes cenários que se configuram as relações sexuais entre homens e mulheres e os arranjos de poder intrínsecos, onde muitas vezes o estado sorológico do parceiro é desconhecido. As autoras destacam que:

“(...) a alta magnitude das diferentes formas de violência por parceiro íntimo no Brasil sugere que muitas mulheres vivem situações nas quais suas decisões, sejam na esfera sexual ou em outras, não são respeitadas. Embora esta condição dificulte a negociação para o uso do preservativo ou qualquer outra prática preventiva que inclua o parceiro, poucas são as iniciativas voltadas para integrar a prevenção do HIV ao leque de ofertas de atenção para as mulheres que sofrem violência, ou para os homens que a praticam.” (VILLELA; BARBOSA, 2015, p. 139).

Segundo Pereira, Silva e Oliveira (2015), a desigualdade do papel social entre homens e mulheres influencia negativamente na qualidade de vida de MVHIV. Essa influência negativa parece ser consequência da dependência econômica e emocional do parceiro, baixa escolaridade e falta de autonomia sobre o corpo, comercialização e violência sexual, dificuldade em convencer o parceiro a utilizar preservativo, medo de ser rejeitada e mudança na rotina sexual e afetiva em decorrência da dificuldade em expor sua condição de infectada pelo vírus.

É importante destacar ainda que, na maioria dos relacionamentos heterossexuais, a mulher tende a manter uma relação monogâmica com seu parceiro, porém o contrário nem sempre acontece, podendo não haver exclusividade na parceria sexual (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Com isso, torna-se necessário a elaboração de estratégias preventivas que

envolvam homens e mulheres em um processo de mudança, considerando os diversos cenários das relações sexuais.

Entre os entrevistados, 29,8% afirmaram já terem sido diagnosticados com alguma infecção oportunista, semelhante a dados encontrados em Anápolis-GO (OLIVEIRA et al., 2018). As infecções oportunistas que obtiveram destaque foram: pneumonia, sífilis, mais de uma infecção oportunista, neurotoxoplasmose, tuberculose e herpes. Em estudo realizado em Santarém-PA, 18% dos participantes da pesquisa tinham sido acometidos por coinfeção HIV-sífilis, sendo as infecções mais prevalentes: tuberculose e neurotoxoplasmose (CHAVES et al., 2020). Em Ribeirão Preto-SP, pesquisa realizada entre 2003 e 2011 demonstrou que a prevalência da coinfeção HIV-tuberculose atingiu 26,5% dos indivíduos, reforçando a necessidade de ações voltadas para prevenção destas doenças e a importância de interação entre os programas de HIV/AIDS e de tuberculose (CASTRIGHINI et al., 2017).

Pesquisa realizada no Paraná aponta que há diminuição da incidência de infecções oportunistas, que pode ser justificada pelo uso da TARV e como resultado do diagnóstico precoce da infecção, antes da ocorrência de infecções oportunistas. No entanto, continuam surgindo novos casos de infecções oportunistas. Esse aparecimento de doenças em pessoas que fazem uso regular dos medicamentos ARVs pode ser compreendido pelo esgotamento de todas as possibilidades quanto às terapias disponíveis, mantendo a carga viral suficiente para reduzir progressivamente os linfócitos T CD4+. Desta forma, com o enfraquecimento do sistema imunológico, é de se esperar um aumento do risco de enfermidades oportunistas (FAGUNDES et al., 2014).

O número de comprimidos ARVs ingeridos ao dia variou de 1 a 11, com média de 2 por dia. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, os fatores associados à adesão da TARV foram a inexistência de infecção oportunista, situação econômica e o número de comprimidos tomados por dia. Neste mesmo estudo, houve uma correlação negativa entre o número de comprimidos ingeridos diariamente e a adesão global ao tratamento; pessoas que tomavam mais de 3 comprimidos ao dia, demonstraram ter menor adesão ao tratamento (MIYADA et al., 2017). Em relação ao quantitativo de meses em tratamento, variou de 3 a 264 meses, com média de 73 meses (Tabela 6). O longo período de tratamento, assim como em outras condições crônicas, é considerado um agravante para a não adesão (SILVA; NASCIMENTO JÚNIOR; RODRIGUES, 2014).

Entre os participantes da pesquisa, apenas 20 (Tabela 6) relataram fazer uso de medicações psiquiátricas diariamente, sendo que 50% deles não lembram o nome da medicação utilizada e 25% utilizam mais de um medicamento. Pesquisa realizada em Santos-

SP aponta que os Transtornos Mentais Comuns (TMC) – como transtornos depressivos e transtornos ansiosos – estão associados a uma maior carga viral entre PVHIV em acompanhamento clínico. É importante destacar que, além das limitações sociais associadas a viver com HIV e estar em TARV, a história clínica de saúde mental anterior à infecção deve ser considerada como um valioso indicativo associado à evolução clínica (NOGUEIRA et al., 2019).

Estudo realizado em Zimbábue reforça que pobreza e estigma são as principais barreiras para adesão ao tratamento ARV e que estas barreiras tem um efeito negativo adicional, ou seja, elas contribuem para precariedade da saúde mental, o que consequentemente leva a não adesão. Destacam ainda que a pobreza torna difícil o acesso à TARV, para pacientes que não conseguem arcar com os custos do transporte para chegar ao serviço de saúde, além de atuar como um fator estressor que contribui para os TMC, levando a uma baixa adesão (ZIDIA et al., 2015).

“Além disso, verifica-se que a relação entre saúde mental e evolução clínica ocorre de forma bidirecional. Por um lado, PVHIV que possuem transtornos psíquicos tornam-se mais vulneráveis a problemas relacionados com a percepção e com a interpretação das complicações de saúde às quais estão sujeitas. Desse modo, é possível que problemas de saúde mental impactem negativamente na evolução clínica mesmo quando o indivíduo adere adequadamente à TARV. [...] Os resultados apresentados reforçam a importância da atenção à saúde mental de PVHIV como parte de um conjunto de intervenções não farmacológicas com o objetivo de otimizar a resposta à TARV e de estimular a busca ativa por um estilo de vida mais saudável.” (NOGUEIRA et al., 2019, p. 471-472).

É importante destacar que intervenções de saúde mental para TMC por si só podem não ser suficientes, uma vez que um dos objetivos é melhorar o acesso à TARV e a adesão. Para tanto, é necessário considerar os estressores que alimentam os TMC – como pobreza, estigma e problemas conjugais – para quebrar o ciclo depressivo negativo e abordar as principais barreiras de adesão. Como estratégias de intervenção, os autores destacam a necessidade de educar profissionais de saúde sobre como os estressores citados acima afetam a capacidade dos pacientes aderirem à TARV, além do envolvimento dos familiares na prestação de cuidados de saúde mental e promoção da adesão, motivando os pacientes a se envolverem com autocuidado e interromperem o ciclo (ZIDIA et al., 2015).

Sugere-se que a manutenção de uma boa saúde mental, em conjunto com uma rede de apoio psicossocial e espiritual, além da TARV adequada desde o momento da descoberta do diagnóstico da infecção, contribua significativamente para a melhora da QV em PVHIV (HIPOLITO et al., 2017).

As mudanças de estilo de vida em função do tratamento foram frequentes para 47% da população estudada (Tabela 5), com ênfase nas categorias “alimentação, higiene e/ou atividade física”, “prática sexual, diminuição da ingestão de bebida alcoólica e/ou sair”, “relacionamentos pessoais e sociais”, “uso de medicação diária” e mais de uma dessas opções. Segundo Erazo e Erazo (2018), o processo de viver com HIV é um motor que impulsiona as pessoas a realizarem mudanças em suas vidas, seja nas crenças em um ser superior, nos hábitos alimentares, na utilização de álcool e substâncias psicoativas, em permanecer com um parceiro estável, em se concentrar em um novo propósito de vida, realizar o autocuidado ou em viver o dia a dia.

O diagnóstico da infecção pelo HIV causa sofrimento pelas mudanças sociais e emocionais que o indivíduo infectado pelo vírus experimenta. As pessoas que não tinham metas definidas na vida profissional, posteriormente ao diagnóstico começaram a executar seu trabalho da melhor maneira, segundo o propósito de “não deixar para amanhã o que tem que ser feito hoje”. Conhecer outras pessoas que vivem com HIV impulsiona a reagir, a tomar consciência da sua própria existência e elaborar um projeto de vida. A experiência de (con)viver com HIV revela que há um antes e um depois de receber o diagnóstico, pois as pessoas passam por um processo de transformação: ganham confiança, segurança, melhoria e declínio dos sintomas, adquirindo uma nova visão de mundo (ERAZO; ERAZO, 2018).

Os participantes do estudo relataram que as principais mudanças na rotina foram a ingesta de TARV diariamente e o acompanhamento clínico no serviço de referência, o qual é realizado mensalmente, a cada 3 ou 6 meses, dependendo da condição clínica de cada um. Além disso, após o diagnóstico, muitos se tornaram mais introspectivos, falando menos sobre a sua vida para as outras pessoas, com medo de expor a sua sorologia. A dificuldade de fazer novas amizades e ter novos relacionamentos afetivos também foi relatada por alguns participantes.

A diminuição da ingesta de bebidas alcoólicas e do comparecimento em festas também foi vivenciado pelos participantes, além da redução dos múltiplos parceiros sexuais, procurando um relacionamento mais estável. Muitos relataram mudanças na alimentação e na prática de atividade física, em que se tornaram mais atentos para a saúde no geral, pois passaram a cuidar mais da alimentação, ingerindo alimentos mais saudáveis como fibras e saladas e reduzindo o consumo de comidas gordurosas, além de descobrirem novas formas de praticar atividade física para manter o corpo *sano* e aumentarem a frequência dessa prática no dia a dia.

Aproximadamente 63,7% da população da pesquisa apresentou carga viral indetectável, semelhante a dados encontrados no sul do país (OLIVEIRA et al., 2020) e no Uruguai (ALONSO et al., 2018); e 84,1% apresentaram linfócitos T CD4+  $\geq 350$  células/mm<sup>3</sup> (Tabela 6). Há evidências de associação entre contagem de LT CD4+ e carga viral em relação ao nível de adesão, ou seja, contagens mais altas de linfócitos T CD4+ e carga viral indetectável ou baixa foram encontradas nos grupos com boa adesão/adesão estrita quando comparado ao grupo com baixa adesão ao tratamento antirretroviral (OLIVEIRA et al., 2018). Segundo Foresto et al. (2017), quanto maior o tempo de diagnóstico e maior contagem de células T CD4+, maior a adesão ao tratamento.

O esquema predominante de tratamento foi TDF/3TC+DTG (46%), seguido de TDF/3TC + EFV (37%). De acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos em que se prioriza, no Brasil, o esquema de dois ITRN/ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associado ao INI – dolutegravir (DTG), atentando para a exceção de coinfeção TB-HIV, MVHIV com possibilidade de engravidar, gestantes e situações de contraindicação ou intolerância (BRASIL, 2018). Até fevereiro de 2017, o esquema preferencial de tratamento era lamivudina (3TC), tenofovir (TDF) e efavirenz (EFV) (OLIVEIRA et al., 2018).

Foi observado que 81,6% dos participantes apresentaram grau de adesão insuficiente à TARV, semelhante ao resultado encontrado em uma pesquisa realizada no noroeste de São Paulo que utilizou a mesma ferramenta para monitorar a adesão, em que se obteve 81% de adesão insuficiente (MIYADA et al., 2017). Outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, que também utilizaram o CEAT-VIH como método, obtiveram alto índice de adesão insuficiente, embora menor do que o encontrado neste estudo (GALVÃO et al., 2015; MORAES et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2020; PRIMEIRA et al., 2018; PRIMEIRA et al., 2020).

Em Ribeirão Preto-SP, 75% dos participantes apresentaram grau de adesão boa/estrita. Os autores elucidam que essa grande variação dos níveis de adesão pode ser explicada pelos diferentes estilos de vida, acesso a um tratamento de qualidade, diagnóstico precoce, característicos das diferentes regiões do Brasil onde são realizadas as pesquisas (FORESTO et al., 2017).

Os domínios para avaliação da adesão que obtiveram menores pontuações foram “cumprimento do tratamento” e “satisfação com o tratamento”. Os principais fatores relacionados a não-adesão relatados pelos participantes têm sido a necessidade de muito

esforço para adesão à farmacoterapia e a falta de conhecimento sobre os medicamentos, além de esquecimento (DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016).

Um estudo pentacontinental realizado por Nachega et al. (2012) mostrou que 43% dos pacientes admitem ter esquecido pelo menos uma dose no último mês, sugerindo que possivelmente eles não compreendem completamente o impacto do esquecimento de tomar os ARVs para sua saúde. Em todos os continentes, os pacientes relataram que a razão mais comum para perda das doses de TARV foi o esquecimento. Isto demonstra que a falta de informação sobre os riscos da não utilização dos medicamentos prescritos pode causar o abandono. Com base nisso, intervenções educacionais e manejo da farmacoterapia podem colaborar para resolução desse problema (DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016).

“Neste contexto, é primordial reconhecer que a adesão ao tratamento não compreende apenas a abordagem medicamentosa, visto que ela inclui fatores relacionados ao empoderamento do sujeito como responsável pelo seu próprio autocuidado, proporcionando uma melhor qualidade de vida.” (FORESTO et al., 2016, p. 6).

Em relação à qualidade de vida, os domínios que apresentaram menores médias foram: preocupações financeiras, preocupações com o sigilo e confiança no profissional, demonstrando uma fragilidade da qualidade de vida quanto a estes aspectos. Estes dados são semelhantes aos resultados encontrados em outras pesquisas que utilizaram o HAT-QoL (ARGOLO JÚNIOR et al., 2014; GALVÃO et al., 2015; MIYADA et al., 2019; REIS et al., 2011; SOARES et al., 2015; TIRADO et al., 2014).

Segundo Reis et al. (2011), viver com o HIV/AIDS é enfrentar o estigma de ser visto como portador de uma doença incurável e potencial transmissor. Desta forma, muitos indivíduos optam pelo sigilo, restringindo ao máximo o número de pessoas que conhecem sua condição sorológica; adotando uma vida dupla, sentem-se muitas vezes obrigadas a esconder aspectos importantes de suas vidas, pois apenas algumas pessoas do seu convívio são escolhidas para saberem do seu diagnóstico. Isso pode levá-las a um afastamento de pessoas que eventualmente poderiam prover apoio (NEVES et al., 2018).

Há grande impacto da presença do medo e ansiedade, entre os usuários vivendo com HIV, na qualidade de vida. “Tal medo restringe as formas das relações afetivo-sexuais, enclausurando a sexualidade por medo de expor-se, e também a *outrem*, gerando distanciamento forçado, angustias, repressão e sentimentos de negação” (OLIVEIRA et al., 2017, p. 1060).

Muitos participantes relataram que diversas vezes apresentam atestado médico com outros motivos, para poder ir à consulta no serviço de referência ou para realizar os exames laboratoriais solicitados rotineiramente, para que as pessoas do seu trabalho não desconfiem sobre a infecção, pois temem ser demitidos caso descubram sua condição sorológica. Além disso, manter o sigilo sobre os ARVs que precisam ser ingeridos todos os dias é um grande desafio, principalmente em viagens, conforme relatado.

Argolo Júnior et al. (2014, p. 458) destacam que a preocupação financeira e a preocupação com o sigilo podem ser, respectivamente:

“[...] o resultado dos perfis de baixa renda e de baixa escolaridade revelados, ou seja, uma situação econômica que dificulta a sobrevivência do indivíduo. [...] refletir a antecipação da possibilidade de sofrerem preconceitos, ou serem estigmatizadas, em face de sua condição soropositiva.”

Com a cronicidade da infecção pelo HIV, novos desafios emergem, dentre eles a questão relacionada ao trabalho, pois o emprego proporciona não somente os benefícios financeiros, mas também fonte de apoio social, emocional e identidade (REIS et al., 2011). Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro observou que quanto maior o ganho salarial da família, melhor a percepção de QV, apontando para a existência de uma relação significativa entre maior poder econômico e QV. Os autores enfatizam a necessidade de aumentar a independência econômica das PVHIV, através da melhora da escolaridade e inserção no mercado de trabalho formal, contribuindo para maior geração de renda e menor insegurança (HIPOLITO et al., 2017).

Investigação colombiana observou que além de promover uma série de mudanças físicas nas pessoas, o HIV também gera modificações sociais que levam a reconfigurar a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, sua relação com o meio ambiente, além de limitações de acesso ao mercado de trabalho. Em conjunto com o detrimento progressivo que a infecção causa no corpo, as PVHIV criam uma dependência financeira dos parentes e pares próximos. Tudo isso alimentado pelos significados socialmente aceitos que foram criados sobre o vírus, promovendo estigma e medo, capaz de gerar impactos maiores que as manifestações doenças biológicas associadas à doença (BRAN-PIEDRAHITA et al., 2018).

Pesquisadores encontraram associação entre suporte emocional e independência, que enfatiza a importância para a pessoa de sentir-se capaz de lidar com a vida cotidiana, não sendo um peso para sua família. “A aptidão para trabalhar é um fator relevante para o

enfrentamento das enfermidades, sendo o indivíduo visto como um ser produtivo perante a sociedade” (NEVES et al., 2018, p. 18).

Em Pernambuco, pesquisa demonstra que as melhores médias de QV foram encontradas em pessoas que estavam trabalhando (CABRAL et al., 2018). Estar desempregado também foi associado a baixa QV em Minas Gerais (FERREIRA et al., 2018), de acordo com os achados desta pesquisa em que estar preocupado com a situação financeira piora o nível de QV, impactando negativamente na saúde (Tabela 7).

Quanto à confiança no profissional, a equipe de saúde deve incentivar o paciente a aderir o tratamento, prestando informações fidedignas sobre a farmacoterapia, como os possíveis efeitos colaterais, bem como sobre sua condição de saúde. Esta conduta é de extrema importância para que o indivíduo consiga participar da escolha terapêutica, se responsabilizando pela sua saúde e melhora (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). O vínculo com o profissional de saúde é fundamental, o qual é estabelecido a partir da escuta, acolhimento, responsabilização, honestidade e parceria. Quando o paciente não confia no profissional, não existe vínculo, interferindo conseqüentemente na sua QV e adesão ao tratamento.

Dessa forma, o suporte social associa-se positiva ou negativamente com a QV, interferindo física e emocionalmente na vida das PVHIV. O apoio familiar, da rede de amigos e equipe de saúde promovem um enriquecimento na autoestima e na adesão ao tratamento, além reduzir conseqüências negativas de eventos estressantes, relacionando-se diretamente com a QV. O apoio recebido por familiares e pela rede de convivência diminui o efeito do preconceito e afeta positivamente a QV (NEVES et al., 2018).

Geocze et al. (2010) sugerem que quanto menor a interferência da infecção pelo HIV sobre o dia a dia, porque o paciente está assintomático ou porque a lembrança de tomar o medicamento não é forçada, maior tende a ser sua qualidade de vida, que vai ao encontro dos achados desta pesquisa em que se obteve as maiores médias de qualidade de vida referente aos domínios “preocupações com a saúde” e “preocupações com a medicação”, ou seja, quanto menor a preocupação com a saúde e medicação, maior a qualidade de vida dos indivíduos (Tabela 7).

Os participantes da pesquisa consideravam que os ARVs demandam pouco tempo para sua ingestão, além de não sentirem ou sentirem poucos efeitos colaterais oriundos dos medicamentos, não afetando na sua rotina diária. Além disso, não se preocupavam com a sua saúde quando estavam com a carga viral indetectável e com bom funcionamento do sistema imunológico.

Outro domínio que apresentou melhor desempenho na avaliação de QV foi “função sexual” (Tabela 7), semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas (PRIMEIRA et al., 2020; SOÁREZ et al., 2009). Primeira et al. (2020) destacam que ter uma vida sexualmente ativa é importante para que esse domínio tenha bons escores, assim como ter um parceiro fixo ou ser casado. Em pesquisa realizada no Uruguai, a saúde geral percebida pontuou melhores escores nas pessoas que mantiveram relações sexuais no último mês (ALONSO et al., 2018). No entanto, autores ressaltam que esse construto pode ser tão valorizado, no contexto local, que as pessoas se avaliaram com nota superior ao estado de saúde real, por não admitirem comprometimento nesse aspecto (SOÁREZ et al., 2009).

Melhores níveis de qualidade de vida foram associados à maior adesão ao tratamento. Observou-se também que quando aumenta o cumprimento, as crenças e expectativas, e a satisfação relacionados ao tratamento, ocorre um incremento da adesão global, sendo benéfico para PVHIV. A elevação da satisfação com a vida, também esteve associada a um aumento na função geral da pessoa, influenciando positivamente na QV. Percebe-se que a QV da pessoa varia de acordo com a percepção que ela tem sobre o momento em que se encontra (PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Portanto, a relação da QV à adesão promove melhora dos resultados clínicos (PRIMEIRA et al., 2020).

Foi identificado que quanto melhor a satisfação com a vida e a comunicação médico-paciente, maior será a adesão ao tratamento (Tabelas 9 e 10). A importância de um bom relacionamento médico-paciente é enfatizada tanto pela sua contribuição na saúde física quanto na mental (DEGROOTE et al., 2013). Um relacionamento confiável, médico-paciente, contribui para boa adesão e redução da carga viral (BEACH; KERULY; MOORE, 2006). Sendo assim, a comunicação médico-paciente serve como um elemento motivacional para a adesão.

Já os antecedentes de não adesão, diretamente proporcionais à adesão global, podem significar que a pessoa, ao deixar de tomar a medicação, passou a ser sintomática, conforme relatado por muitos participantes, influenciando-a a retornar seu tratamento e segui-lo corretamente, aumentando a adesão global.

Primeira et al. (2020) concluiu que estar saudável indica um ciclo que não deve ser rompido na relação entre a QV e a adesão. Situação também evidenciada no estudo em tema em que demonstra que a satisfação com a vida, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e confiança no profissional influenciam positivamente a adesão ao tratamento antirretroviral, aumentando o escore de adesão. Desta forma, a adesão reflete positivamente na carga viral, de modo que a supressão viral seja alcançada, direcionando para uma vida mais

saudável. Sabe-se que a TARV melhora a QV por reduzir quantitativamente as cópias do HIV, melhorando a imunidade, provocando queda do surgimento de infecções oportunistas e resistências virais e, conseqüentemente, reduzindo a transmissão do vírus (CABRAL et al., 2019), sendo a adesão fundamental para retardar a progressão da doença (OLIVEIRA e SILVA et al., 2014).

Passos e Souza (2015) sugerem que as políticas de atenção à PVHIV devem incluir programas que promovam acesso à educação, reintegração no mercado de trabalho e outras ações que auxiliem a independência financeira, além de apoio social e emocional no contexto da infecção pelo HIV. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2018), o vínculo com os profissionais de saúde, a equipe e o serviço de saúde é um dos fatores que facilitam a adesão ao tratamento.

“Os indivíduos com diagnóstico recente de infecção pelo HIV apresentam enorme expectativa e dúvidas nas primeiras consultas, o que dificulta a compreensão e absorção de toda a informação disponibilizada. Compreender tal situação, esclarecer novamente os questionamentos e fornecer informações atualizadas fortalece o vínculo entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço de saúde, auxiliando no sucesso terapêutico”. (BRASIL, 2018, p. 65).

Conclui-se ainda que quanto maior a carga viral, maior será a sua preocupação com a própria saúde, o que influencia diretamente na qualidade de vida da pessoa que vive com HIV, semelhante à literatura, em que possuir valores de carga viral maiores que 50 cópias/mL, compromete a qualidade de vida (PRIMEIRA et al., 2020). Alonso et al. (2018) destacam que quando a maioria dos pacientes apresenta CV indetectável, como no caso do estudo, é indicativo de um bom nível de acompanhamento destes no sistema de saúde, assim como da eficácia da TARV disponível.

Como limitações do estudo, foram identificadas três: a impossibilidade de completar a amostra calculada para o estudo, devido à pandemia do novo coronavírus; a análise da influência da orientação sexual na adesão ao tratamento e QV de PVHIV, que não foi contemplada nesta pesquisa; e a necessidade da participação de mais pessoas do sexo feminino, pois devido aos significados sociais existentes sobre o HIV e o estigma persistente, muitas mulheres preferem esconder seu diagnóstico, adotando posturas mais rígidas do que a população masculina quando se trata de participar deste tipo de pesquisa. Analisar a qualidade de vida com enfoque de gênero e diversidade sexual é importante para compreender o impacto complexo e multidimensional do HIV na vida destas pessoas (ALONSO et al., 2018).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstram que o perfil epidemiológico das PVHIV, que realizam acompanhamento no serviço de referência na capital de Roraima, é predominantemente masculino, brasileiro, pardo, com ensino médio completo, média de idade de 38 anos e empregado com renda mensal média de até 2,5 salários mínimos. Embora a maioria dos participantes tenha nacionalidade brasileira, houve participação de estrangeiros na pesquisa. Sendo assim, destaca-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para atender integralmente as pessoas, englobando as diferentes culturas, comportamentos e língua materna, para que os mesmos se sintam acolhidos nos serviços de saúde.

Além disso, é essencial que as equipes desenvolvam atividades educativas com linguagem adequada e acessível, de forma que as pessoas compreendam as informações recebidas, com intuito de alcançar o maior número possível de indivíduos, enfatizando a prevenção da infecção pelo HIV, além de outras IST, e promoção da saúde. O vínculo com os profissionais de saúde é fundamental para que o tratamento tenha sucesso, pois influencia na QV e adesão ao tratamento.

Destaca-se ainda que os transtornos mentais, em especial depressão e ansiedade, devem ter atenção especial no atendimento às PVHIV. Uma vez que essas enfermidades podem influenciar negativamente no sucesso terapêutico, reduzindo a adesão ao tratamento e elevando a carga viral, o que pode levar à resistência aos ARVs. No entanto, deve-se considerar os diversos fatores que levam a pessoa a ter sua saúde mental prejudicada, para que se possa modificar essas causas e impactar na origem do problema. Apenas intervenções em saúde mental podem não ser suficientes.

As modificações no estilo de vida são constantes, desde o diagnóstico, conforme relatado. Alimentação mais saudável, aumento da prática de atividade física, redução da ingestão de bebidas alcoólicas e do comparecimento a festas, procura por relacionamento afetivo estável, ingestão diária de medicamento e acompanhamento no serviço de saúde periodicamente foram identificados segundo os participantes do estudo.

Embora a maioria dos participantes tenha apresentado adesão insuficiente à TARV, mais de 80% estavam com a carga viral indetectável e linfócito T CD4+ desejável. Os resultados demonstram que a adesão reflete positivamente na carga viral, suprimindo a mesma quando bons níveis de adesão são alcançados.

A avaliação de qualidade de vida apontou que as preocupações financeiras, preocupações com o sigilo e a confiança no profissional estavam fragilizados nos participantes do estudo. Sendo assim, ressalta-se que os profissionais devem ir além da avaliação dos marcadores clínicos, incluindo na sua avaliação todos os fatores que influenciam a qualidade de vida e adesão ao tratamento do indivíduo, visto que a qualidade de vida esteve associada diretamente a adesão ao tratamento antirretroviral.

Não é suficiente avaliar apenas a carga viral e os linfócitos T CD4+ de forma isolada. Para isso existem instrumentos voltados para a população em específico, como o CEAT-VIH e o HAT-QoL, de fácil aplicação e com baixo custo, que inclui várias dimensões diretamente relacionadas ao sucesso da farmacoterapia. Sugere-se que o serviço de referência do estado capacite as equipes de saúde, para que as mesmas adotem estes instrumentos nas consultas multiprofissionais, para que se possa promover uma atenção integral ao paciente. Dessa forma, a pessoa é assistida nos mais variados âmbitos da sua vida, que influenciam no sucesso terapêutico, e assim promove-se a saúde com tecnologias leves, a partir da produção de vínculo e acolhimento.

Os domínios preocupações com a saúde e preocupações com a medicação foram os que obtiveram melhores avaliações de qualidade de vida, juntamente com a função sexual. Esses dados apontam que quanto menor a preocupação com a saúde e a medicação, maior será a qualidade de vida das pessoas. A função sexual também deve ser considerada, pois ter uma vida sexualmente ativa é importante para que as pessoas avaliem bem este domínio.

A elevação do cumprimento, das crenças e expectativas, e da satisfação relacionados ao tratamento, promovem um incremento da adesão global, gerando bons resultados para PVHIV. Observa-se ainda que quanto melhor a satisfação com a vida, melhor a função geral da pessoa, influenciando positivamente na QV. Ou seja, pode-se concluir, de acordo com todas as análises estatísticas, que QV e adesão ao tratamento são indissociáveis e que quanto maior a qualidade de vida, maior a adesão.

Sendo assim, aponta-se para a necessidade de mais estudos que avaliem a adesão ao tratamento e qualidade de vida de PVHIV no estado de Roraima, pois este é o primeiro a ser realizado no local. Ressalta-se ainda a importância da inclusão da análise da orientação sexual, como um fator relevante que pode influenciar nas variáveis estudadas e o incentivo à participação de mais mulheres vivendo com HIV nas pesquisas, para que se consiga reduzir o estigma e desmistificar a infecção.

## REFERÊNCIAS

- ALEMU, T. et al. Experience of stigma and discrimination and the implications for healthcare seeking behavior among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting. **Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA**, v. 10, n. 1, mar. 2013.
- ALONSO, S. G. C. et al. Calidad de vida relacionada a la salud em personas con VIH y factores asociados. **Revista Médica del Uruguay**, v. 34, n. 1, p. 7-19, 2018.
- ARGOLO JÚNIOR, C. et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p.448-461, 2014.
- ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.
- BEACH, M. C.; KERULY, J.; MOORE, R. D. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 6, p. 661-665, 2006.
- BERMÚDEZ-ROMÁN, V. et al. Influencia del estigma en torno al VIH em el acceso a los servicios de salud. **Salud Pública de México**, v. 57, n. 3, p. 252-259.
- BRAN-PIEDRAHITA, L. et al. Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. **Convergencia**, v. 25, n. 76, p. 57-74, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Associação de Bem com a Vida – ABV**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/associacao-de-bem-com-vida-abv>> Acesso em: 09 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV AIDS**. Brasília: MS, 2014. 84 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV AIDS 2019**. Brasília: DIAHV, 2019. 72p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: MS, 2018. 416p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: MS, 2008. 133p.

CABRAL, J. R. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

CALLEGARI-JACQUES S. M. **Bioestatística – Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 264 p.

CAMARGO, L. A; CAPITÃO, C. G; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 221-232, maio/ago. 2014.

CARVALHO, F. T. et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, p.2023-2033, set. 2007.

CARVALHO, P. P. et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2543-2555, 2019.

CARVALHO, R. C.; HAMER, E. R. Perfil de alterações no hemograma de pacientes HIV+. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2016. Disponível em: <  
<http://www.rbac.org.br/artigos/perfil-de-alteracoes-no-hemograma-de-pacientes-hiv/>> Acesso em: 03 out. 2019.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos da coinfeção HIV/tuberculose. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2017.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. M. F.; LEMETÁYER, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 3, 2016.

CHAVES, L. L. et al. Prevalência de infecções oportunistas em pacientes HIV positivos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em município do Pará, em 2015 e 2016. **REAS/EJCH**, v. 51, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3554.2020>.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 144-146, mar. 2006.

DAGLI-HERNANDEZ, C. et al. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. **Patient Prefer Adherence**, p. 1787-1793, 2016.

DEGROOTE, S. et al. Socio-economic, behavioural, (neuro)psychological and clinical determinants of HRQoL in people living with HIV in Belgium: a pilot study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, n. 1, p. 18643, 2013.

DOMINGUES, J. P.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018.

ELLWANGER, E. et al. The value of innovation in HIV/AIDS therapy. **Boston Healthcare Associates**, sept. 2014.

ERAZO, A. M. B.; ERAZO, G. E. C. Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p.338-347, 2018.

FAGUNDES, V. H. V. et al. Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 141-145, 2010.

FERREIRA, A. C. et al. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 6, p. 743-751, 2018.

FERREIRA, R. C. S.; RIFFEL, A.; SANT'ANA, A. E. G. HIV: mecanismo de replicação, alvos farmacológicos e inibição por produtos derivados de plantas. **Química Nova**, v. 33, n. 8, p. 1743-1755, 2010.

FGV. **Desafio Migratório em Roraima**: Repensando a política e gestão da migração no Brasil. Policy Pap - Imigração e Desenvolvimento. 2018. Disponível em: <<http://dapp.fgv.br/wp-content/uploads/2018/03/Desafio-migratório-Roraima-policy-paper.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2020.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

FONSECA, A. J. et al. Knowledge, Perception and Seroprevalence of HIV/STIS among Young Adults in Brazilian Amazon Region: A Population-Based Study. **AIDS & Clinical Research**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2019.

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, mar. 2017.

GALVÃO, M. T. G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 48-53, 2015.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 743-749, 2010.

GOMES, A. M. T. et al. A religiosidade para pessoas vivendo com HIV/Aids: um estudo de representações sociais. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 6, 2019.

GOUVÊA-E-SILVA, L. F. et al. Nível de atividade física e síndrome lipodistrófica em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 2, mar/abr. 2016.

GRANJEIRO, A.; CASTANHEIRA E. R.; NEMES, M. I. B. The reemergence of the aids epidemic in Brazil: challenges and perspectives to tackle the disease. **Interface-Comunicação Saúde e Educação**, v. 15, n. 52, p. 5-6, 2015.

HIPOLITO, R. L. et al. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017;25:e2874. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.

HOLMES, W.C.; SHEA, J. A. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 6, p. 561-571, 1997.

KRENTZ, H. B.; GILL, M. J. The effect of churn on “community viral load” in a well-defined regional population. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 63, n. 2, p. 190-206, 2013.

KUMAR, S. et al. Drug-drug interactions between anti-retroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems. **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology**, v. 11, n. 3, p. 343-355, 2015.

LEITE, O. H. M. Alterações hematológicas associadas a infecção pelo HIV, ainda um problema?. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 1, p. 3-4, 2010.

LEMOS, L. A. et al. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2016.

LEMOS, T. S. A. et al. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/AIDS. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

MELO, E. S. et al. Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 3, 2017.

MENDES, T. A. et al. Conhecimento de adultos jovens sobre a prevenção, transmissão e tratamento do hiv/aids. **Revista Gestão & Saúde**, p. 20-28, 2017. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/file84e4255b21a87d49581217efecb6825c.pdf>> Acesso em: 05 out. 2019.

MENEZES, E. G. et al. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 299-304, 2018.

MIYADA, S. et al. Quality of life of people with HIV/AIDS – the influence of social determinants and disease-related factors. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, 2019.

MIYADA, S. et al. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 50, n. 5, p. 607-612, sept/oct. 2017.

MONTEIRO, R. S. M. et al. Ações educativas sobre prevenção de HIV/AIDS entre adolescentes em escolas. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 206-222, 2019.

MORAES, D. C. A. et al. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, v. 7, n. 4, p. 3563-3573, 2015.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; COSTA, S. F. G. Adesão de homens vivendo com HIV. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, out/dez. 2014.

MOSER, A. M.; TRAEBERT, J. Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1357-1362, 2011.

NACHEGA, J. B. et al. HIV treatment adherence, patient health literacy, and health care provider-patient communication: results from the 2010 AIDS treatment for life international surve. **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, v. 11, n. 2, p. 128-133, 2012.

NEVES, L. A. S. et al. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV. **Enfermería Global**, v. 17, n. 2, p. 1-29, 2018.

NOGUEIRA, L. F. R. et al. Transtornos mentais comuns estão associados a maior carga viral em pessoas vivendo com HIV. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 464-476, abr/jun. 2019.

OLIVEIRA e SILVA, A. C. et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, nov/dez. 2014.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1057-1062, 2017.

OLIVEIRA, L. S. et al. Adherence to antiretroviral therapy and correlation with adverse effects and coinfections in people living with HIV/AIDS in the municipality of Goiás State. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 4, p.436-444, july/aug. 2018.

OLIVEIRA, R. S. et al. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2020;41:e20190290. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290>.

OMS. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998.

PADOIN, S. M. M. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 Anos que têm HIV/AIDS. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n. 4, p. 194-197. 2011.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 800-814, 2015.

PEDROSA, N. L. et al. Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p.1177-1184, 2015.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p.747-758, 2014.

PEREIRA, D. M. A.; SILVA, M. G. A. C.; OLIVEIRA, D. C. Qualidade de vida de indivíduos com HIV: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 93-112, jan/jul. 2015.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PÉRSICO, B. F. G.; FIGUEIREDO, M. A. C. Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 21-28, jan/jun. 2008.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1201-1208, 2010.

PORRO, A. M.; YOSHIOKA, M. C. N. Manifestações dermatológicas da infecção pelo HIV. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 75, n. 6, p. 665-691, 2000.

PRIMEIRA, M. R. et al. Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 307-314, 2018.

PRIMEIRA, M. R. et al. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0141>.

PROBST, C.; PARRY, C. D. H.; REHM, J. Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa. **Tropical Medicine and International Health**, v. 21, n. 7, p. 846-855, 2016.

REIS, N. B. **Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas**. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 365-375, jul/set. 2011.

REMOR, E. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV+ Colombian Population. **SAGE Open**, p. 1-7, 2013.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. **Psicothema**, 14, 262-267, 2002.

- REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 685-694, 2007.
- RESENDE, R. C. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, 2012.
- RORAIMA. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2018**. Boa Vista, RR: SESAU, 2017. 233p.
- ROSSETTO, M. et al. Coinfecção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2019. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180033.pdf>> Acesso em: 03 out. 2019.
- SANTOS, E. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/aids. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2016.
- SANTOS, V. F. et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 94-100, 2017.
- SHRIHARSHA, C.; RENTALA, S. Quality of life among people living with HIV/AIDS and its predictors: A cross-sectional study at ART center, Bagalkot, Karnataka. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, p. 1011-1016, 2019.
- SILVA, B. B. et al. Evidence of validity for the online version of the Assessment Of Adherence To Antiretroviral Therapy Questionnaire. **SAGE Open**, p. 1-12, jul/set. 2019.
- SILVA, J. A. G. et al. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.
- SILVA, J. V. F.; NASCIMENTO JÚNIOR, F. J. M.; RODRIGUES, A. A. R. A. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n.1, p. 165-175, maio. 2014.
- SOARES, G. B. et al. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015.
- SOÁREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 1, p. 69-76, 2009.

SOUSA, A. I. A.; PINTO JÚNIOR, V. L. Carga viral comunitária do HIV no Brasil, 2007 – 2011: potencial impacto da terapia antirretroviral (HAART) na redução de novas infecções. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 582-593, 2016.

SOUZA, H. C. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1361-1369, 2019.

TELLO-VELÁSQUEZ, J. R. et al. A má qualidade do sono associada à menor aderência à terapia antirretroviral de alta atividade em pacientes peruanos com infecção pelo HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 989-1002, maio, 2015.

TIRADO, M. C. B. A. et al. Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 5, p. 228-232, 2014.

TRINDADE, F. F. et al. Epidemiological profile and trend analysis of HIV/AIDS. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 153-165, 2019.

UFRR. **Laboratório de Métricas da Paisagem** – Departamento de Geografia. Disponível em: <[http://ufr.br/mepa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63&catid=2](http://ufr.br/mepa/index.php?option=com_content&view=article&id=63&catid=2)> Acesso em: 05 out. 2019.

UNAIDS. **Fact sheet – global HIV statistics**. 2020. 7 p.

UNAIDS. **Global AIDS response progress reporting 2015**. 2015.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 131-142, set. 2015.

WHO. **The World Health Organization of Life assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41:1403-09, 1995.

ZIDIA, K. et al. “I was thinking too much”: experiences of HIV-positive adults with common mental disorders and poor adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. **Tropical Medicine & International Health**, v. 20, n. 7, p. 903–913, jul. 2015.

ZUGE, S. S; PADOIN, S. M. M; MAGNAGO, T. S. B. S. Associated facts to antiretroviral therapy adherence of adults who have hiv/aids. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 6, n. 7, p.1737-9, jul. 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

**APÊNDICE A**

Nº da Entrevista: _____	Data da Entrevista: ___/___/_____
Entrevistador: _____	Nº do Prontuário: _____
Nome do Participante: _____	

As informações que você proporcionar neste instrumento será estritamente confidencial. Destacamos a importância de responder todas as questões. **MARQUE a opção que melhor se encaixe** ao seu caso e lembre-se que não há resposta “certas” ou “erradas”. O instrumento é auto explicável, e em alguns momentos ele informará que não precisa responder, assim você simplesmente pode pular para a próxima questão.

**Essa é a primeira parte do questionário, se propõe a conhecer a sua situação sociodemográfica.**

**PARTE 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Pergunta	Resposta
<b>A1</b> - Qual a sua data de nascimento?	_____/_____/_____ (dia) (mês) (ano)
<b>A2</b> - Qual o seu sexo?	1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino
<b>A3</b> - Qual a sua raça?	1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Amarela 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena
<b>A4</b> - Qual a sua escolaridade, em anos de estudo?	_____
<b>A5</b> - Em que cidade você mora?	Cidade: _____
<b>A6</b> - Qual a sua situação conjugal?	1. <input type="checkbox"/> Convive com esposo(a) ou companheiro(a) 2. <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)
<b>A7</b> - Quantos filhos(as) você tem?	Número de filhos(as): _____
<b>A8</b> - Qual a renda mensal da família?	_____
<b>A9</b> - E quantas pessoas, incluindo você, dependem desta renda?	_____

<b>A10</b> - Você está empregado no momento? (Se responder não pular para a questão A11)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim, com carteira de trabalho assinada 3. <input type="checkbox"/> Sim, sem carteira de trabalho assinada
<b>A10a</b> - Se sim, qual profissão?	_____
<b>A10b</b> - Se está trabalhando, alguém do seu trabalho sabe sobre a sua doença?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A11</b> - Você utiliza algum desses tipos de droga: (maconha, cocaína, craque, cola, heroína, outro)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A12</b> - Você ingere bebidas alcoólicas frequentemente? (Se responder não pular para a questão A13)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A12a</b> - Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A12b</b> - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A12c</b> - Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A13</b> - Manter o acompanhamento de sua saúde no serviço é:	1. <input type="checkbox"/> Difícil 2. <input type="checkbox"/> Mais ou menos 3. <input type="checkbox"/> Fácil
<b>A14</b> - Você participa de algum tipo de grupo de apoio para o tratamento para a Aids? (Se responder não pular para a questão A15)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A14a</b> – Se sim, qual?	Se sim, que tipo de grupo: _____
<b>A15</b> - Você recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento para a Aids? (Se responder não pular para a questão B1)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>A15a</b> - Se sim, por qual profissional?	_____
<b>A16</b> – Você pratica alguma religião? Se sim, qual?	_____

Essa é a segunda parte desse questionário e tem o intuito de identificar o perfil clínico do seu tratamento.

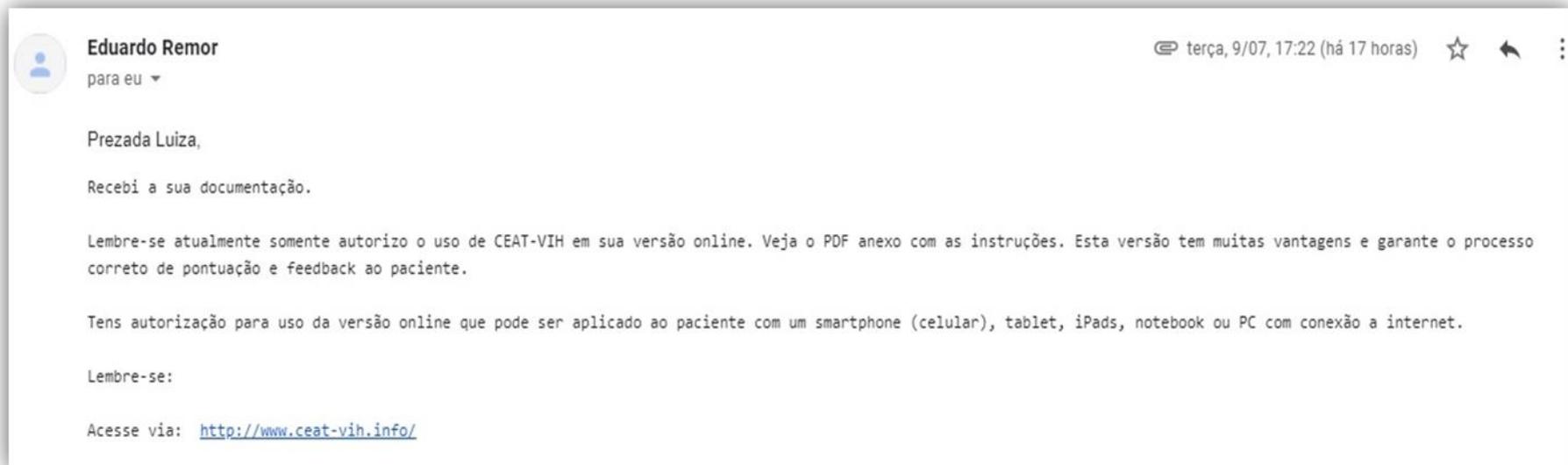
## PARTE 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Pergunta	Resposta
<b>C1</b> - Quanto tempo você sabe do seu diagnóstico de HIV?	_____ meses ou _____ anos

<b>C2</b> - Como você adquiriu o HIV?	1. <input type="checkbox"/> Transmissão Materna 2. <input type="checkbox"/> Transfusão Sanguínea 3. <input type="checkbox"/> Drogas Injetáveis 4. <input type="checkbox"/> Transmissão Sexual 5. <input type="checkbox"/> Desconhecida 6. <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<b>C3</b> - Teve alguma infecção oportunista? (Se responder não pular para a questão C4)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C3a</b> - Se sim, qual?	_____
<b>C4</b> - Quantos comprimidos para o tratamento da Aids você toma por dia?	_____
<b>NÃO RESPONDER</b> <b>C5</b> - Qual a posologia dos comprimidos?	_____
<b>C6</b> - Utiliza medicações psiquiátricas? (Se responder não pular para a questão C7)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C6a</b> - Se sim, quais?	_____
<b>C7</b> - Houve alguma mudança no seu estilo de vida em razão do tratamento? (Se responder não pular para a questão C8)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C7a</b> - Se sim, qual?	_____ _____
<b>C8</b> - Alguma vez deixou de tomar a medicação por ter alguma alteração na prescrição médica?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C9</b> - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por não ter eles com você?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C10</b> - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por estar em jejum?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
<b>C11</b> - Há quantos meses já está em tratamento para a Aids?	_____ meses ou _____ anos
<b>NÃO RESPONDER</b> <b>C12</b> - Valor de T- CD4 – último	Resp.: _____ Data da realização: ___/___/____
<b>NÃO RESPONDER</b> <b>C13</b> - Valor da Carga Viral – última	Resp.: _____ Data da realização: ___/___/____
<b>NÃO RESPONDER</b> <b>C14</b> - Que medicamentos antirretrovirais faz uso segundo o prontuário?	_____ _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA  
**APÊNDICE B**  
**AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO INSTRUMENTO – CEAT-VIH**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA  
APÊNDICE C

**QUESTIONÁRIO HAT-QOL (SOÁREZ et al., 2009)**

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física	5	4	3	2	1
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina	1	2	3	4	5
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo	1	2	3	4	5
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.	1	2	3	4	5
e. Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho	1	2	3	4	5
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais	1	2	3	4	5
<b>FUNGER100 = (100/(30-6))*(FUNGER-6)</b>	<b>FUNGER Valor total do escore</b>				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida	5	4	3	2	1
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida	5	4	3	2	1
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais.	5	4	3	2	1
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável	5	4	3	2	1
<b>SAVI100 = (100/(20-4))*(SAVI-4)</b>	<b>SAVI Valor total do escore</b>				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4	1	2	3	4	5
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral	1	2	3	4	5
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria	1	2	3	4	5
$PRESA_{100} = (100/(20-4)) \cdot (PRESA-4)$	PRESA Valor total do escore				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas	1	2	3	4	5
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto	1	2	3	4	5
$PREFI_{100} = (100/(15-3)) \cdot (PREFI-3)$	PREFI Valor total do escore				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à medicação para o HIV nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

- ✓ Não- vá para a seção 6
- ✓ Sim- continue com a questão 5

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal	1	2	3	4	5
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis	1	2	3	4	5
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo	1	2	3	4	5
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios	1	2	3	4	5
$PREME_{100} = (100/(25-5)) * (PREME-5)$	PREME Valor total do score				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior score e 100 é o melhor score possível

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por ser HIV positivo nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado	1	2	3	4	5
$ACEHIV_{100} = (100/(10-2)) * (ACEHIV-2)$	ACEHIV Valor total do score				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior score e 100 é o melhor score possível

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que tenho HIV	1	2	3	4	5
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV	1	2	3	4	5
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV	1	2	3	4	5
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrissem que eu tenho HIV	1	2	3	4	5
<b>PRESI100 = (100/(25-5))*(PRESI-5)</b>	<b>PRESI Valor total do escore</b>				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade	5	4	3	2	1
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento	5	4	3	2	1
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo	5	4	3	2	1
<b>CONPRO100 = (100/(15-3))*(CONPRO-3)</b>	<b>CONPRO Valor total do escore</b>				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado	1	2	3	4	5
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo	1	2	3	4	5
$FUSEX100 = (100/(10-2))*(FUSEX-2)$	FUSEX Valor total do escore				

Obs.: escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore e 100 é o melhor escore possível

**OBRIGADA POR PARTICIPAR DESTA PESQUISA!**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

**APÊNDICE D**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS QUE REALIZAM ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA CAPITAL DE RORAIMA”** sob a responsabilidade dos pesquisadores: **Professora Doutora Jackeline da Costa Maciel, Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin e da Mestranda Luiza Brum Argenta**. Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde – PROCISA da Universidade Federal de Roraima.

**1. O objetivo deste estudo é:** Avaliar o grau de adesão ao tratamento dos adultos em TARV e identificar os fatores que influenciam para tal, em um serviço de assistência especializada localizado na capital de Roraima, Brasil.

**2. Sua participação nesta pesquisa será:** através de entrevista e aplicação de três instrumentos de coleta de dados, sendo: Questionário Sociodemográfico e Clínico, *“Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”* (CEAT-VIH) *online* e HAT-QoL. A sua participação é de caráter voluntário e você terá a liberdade em retirar-se do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você ou para o pesquisador, sendo assegurado seu anonimato.

**3. Os principais benefícios relacionado com a sua participação será:** dar um retorno aos participantes do estudo sobre os resultados encontrados nesta pesquisa e ajudar os mesmos a incrementar a sua adesão ao tratamento, de forma que propicie melhora da sua qualidade de vida, buscando fortalecimento nas redes de apoio social e do serviço de saúde; dar uma resposta ao Serviço de Assistência Especializada, o qual é referência no estado, sobre a adesão ao tratamento dos participantes da pesquisa que realizam acompanhamento e auxiliar os profissionais a criar estratégias que fomentem a adesão das pessoas que vivem com HIV à TARV; fomentar o banco de dados sobre a infecção pelo HIV no estado de Roraima e divulgar

as informações encontradas neste estudo em eventos científicos, periódicos e boletins epidemiológicos; incentivar novas pesquisas acerca da temática que abordem as vulnerabilidades das pessoas que vivem com HIV no estado de Roraima e no país.

**4. Os principais riscos relacionado com a sua participação será:** a possibilidade de apresentar cansaço e desconforto físico, em função do tempo para responder os questionários da pesquisa, além de constrangimento e desconforto psicológico a partir da evocação de alguma memória. Neste sentido, será proporcionado um tempo livre para a atividade e ações lúdicas durante a coleta de dados, caso seja necessário.

**5. Serão incluídos nesta pesquisa:** Questionário sociodemográfico e clínico, “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” (CEAT-VIH) *online* e HAT-QoL.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e garantimos que somente o pesquisador saberá sobre sua participação.

Você receberá uma via deste termo com o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Você poderá entrar em contato conosco, sempre que achar necessário, através do telefone do pesquisador responsável, **Luiza Brum Argenta**, número (53) 99953-8732, caso tenha alguma dúvida.

---

Pesquisador

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

---

Participante da Pesquisa

Endereço do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde – PROCISA: Secretaria da Coordenação do PROCISA-UFRR (lado direito após a guarita de segurança da entrada da Ene Garcês). Av. Capitão Ene Garcês, 2413 – Aeroporto (Campus Paricarana) CEP: 69.304.000 - Boa Vista - RR. E-mail: procisa@ufrr.br (95) 3621-5236.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos - DARH) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Aeroporto (Campus do Paricarana) CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR E-mail: coep@ufrr.br (95) 3621-3112 Ramal 26.

## APÊNDICE E

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: **Adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida de adultos que realizam acompanhamento em serviço de referência na capital de Roraima.**

Pesquisadores responsáveis: Professora Doutora Jackeline da Costa Maciel, Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin e da Mestranda Luiza Brum Argenta.

Instituição/Departamento: Programa de Mestrado em Ciências da Saúde - PROCISA da Universidade Federal de Roraima.

Endereço postal completo e telefone: Av. Capitão Ene Garcês, 2413 – Aeroporto (Campus Paricarana) CEP: 69.304.000 - Boa Vista - RR.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de questionários, em um centro de assistência especializada, em Boa Vista - RR. Informam, ainda, que estas informações poderão compor um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referências teóricas.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora, a orientadora e a coorientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa. Os dados irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFRR - Av. Capitão Ene Garcês, 2413 – Aeroporto (Campus Paricarana) CEP: 69.304.000 - Boa Vista - RR, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Professora Doutora Jackeline da Costa Maciel e da Mestranda Luiza Brum Argenta. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR em ...../...../....., e recebeu o número CAAE .....

Boa Vista, [dia] de [mês] de [ano]

---

Assinatura do pesquisador responsável

## APÊNDICE F



### VIVENDO COM HIV



#### O VÍRUS

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um vírus que ataca diretamente o sistema imunológico, o qual é responsável por defender o organismo das pessoas.

### DICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO



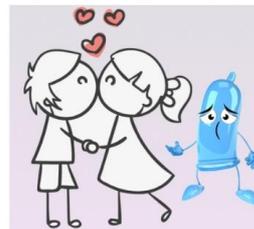
#### A DOENÇA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a doença causada pela infecção do HIV, quando já está no estágio avançado e a pessoa não realiza tratamento.



#### A TRANSMISSÃO

- Pode ocorrer através de:
- Sexo vaginal, anal e oral sem camisinha
  - Uso de seringa por mais de uma pessoa
  - Transfusão de sangue contaminado
  - Da mãe infectada para seu filho durante gravidez, parto e amamentação
  - Instrumentos que cortam ou furam não esterilizados



## MITOS

A transmissão não ocorre por:

- Sexo, desde que use corretamente a camisinha
- Masturbação a dois
- Beijo no rosto ou boca
- Suor e lágrima
- Picada de inseto
- Aperto de mão ou abraço
- Sabonete, toalhas e lençóis
- Talheres, copos
- Assento de ônibus
- Piscina
- Banheiro
- Doação de sangue
- Pelo ar



## O TRATAMENTO

Embora ainda não exista a cura, há tratamento para ajudar a controlar a infecção. Esse tratamento é realizado com medicamentos chamados antirretrovirais, que atuam impedindo que o vírus se reproduza no organismo da pessoa.

Estes medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale lembrar que o medicamento, número de comprimidos e a frequência que deve ser ingerido varia para cada pessoa.

É importante tomar corretamente a medicação, seguindo a dose e horário recomendados pelo médico, para que o organismo consiga obter o máximo de benefícios adquiridos da medicação.



## DICAS PARA LEMBRAR DE TOMAR A MEDICAÇÃO

Alarmes como despertadores, relógios de pulso e celulares podem ser programados para lembrar o horário da medicação, ajudando a estabelecer uma rotina para uso correto do medicamento e evitando o esquecimento.



Utilizar diários como, por exemplo, anotar em um caderno cada dose tomada, ajuda a não esquecer ou pular as doses. Esse método é útil também para controlar o aparecimento de efeitos colaterais e não esquecer as dificuldades e dúvidas em relação ao tratamento.



O porta-pílula auxilia a organização das doses diárias ou de um período determinado (uma ou duas semanas, por exemplo).

Também é útil em viagens e quando se deseja manter o sigilo sobre o tratamento.

## EFEITOS COLATERAIS

O tratamento com os medicamentos antirretrovirais traz muitos benefícios aos pacientes: **umentam a sobrevida e melhoram a qualidade de vida de quem segue corretamente as recomendações dos profissionais da saúde.**

Mas como os medicamentos precisam ser fortes para impedir a multiplicação do vírus no organismo, eles podem causar alguns **efeitos colaterais desagradáveis**, como os ilustrados a seguir:



Vômito



Náusea



Febre ou suor noturno



Diarreia



Gases intestinais

Vale lembrar que alguns sintomas ocorrem no **início do tratamento** e tendem a **desaparecer** em poucos dias ou semanas. Há pessoas que não sentem mal-estar.

Isso pode estar relacionado com características pessoais, estilo e hábitos de vida, mas não significa que o tratamento não está dando certo.

**Existem diversas alternativas para melhorar os efeitos colaterais, como os apresentados a seguir.**

É recomendável que a pessoa procure o serviço de saúde em que faz o acompanhamento, para que possa receber o atendimento adequado.

**Não recomenda-se a automedicação nem o abandono do tratamento!**



## EM CASO DE NÁUSEAS E VÔMITOS:

- Não ficar de estômago vazio.
- Fazer pequenas refeições, se possível a cada 2 ou 3 horas.
- Ao acordar, experimentar comer alimentos secos, como biscoitos de água e sal, torradas, sem tomar líquido.
- Não tomar líquidos durante as refeições.
- Procurar tomar bastante líquido, de preferência soro caseiro, água de coco, sucos, bebidas isotônicas geladas, em pequenas quantidades.
- Preferir alimentos bem cozidos e pastosos.
- Evitar alimentos gordurosos (incluindo frituras), muito temperados, doces e bebidas gasosas.
- Evitar alimentos quentes; preferir comidas frias ou à temperatura ambiente.
- Evitar deitar-se após a refeição. Procurar descansar sentado ou recostado.

### EM CASO DE DIARREIA:

- Beber bastante líquido entre as refeições: água, água de arroz, água de coco, chás, sucos naturais coados e especialmente soro caseiro.
- Não deixar de comer; fazer pequenas refeições de 2 em 2 horas.
- Lavar e cozinhar bem os alimentos.
- Evitar açúcar e doces.



### EM CASO DE GASES INTESTINAIS:

- Evitar refrigerantes, cervejas, doces, brócolis, couve-flor, couve, feijão, repolho, batata-doce.
- Diminuir o consumo de milho, grão-de-bico, casca de frutas e verduras como alface e couve.
- Seguir os horários habituais das refeições.
- Mastigar de boca fechada e não falar enquanto come, pois isso faz engolir ar, aumentando os gases intestinais.



### EM CASO DE INTESTINO PRESO:

- Aumentar o consumo de fibras na dieta, comendo mais saladas de folhas e adicionando nas refeições farelo de aveia, arroz ou linhaça.
- Aumentar a ingestão de água para, pelo menos, 3 litros por dia.
- Praticar alguma atividade física, pois a movimentação do corpo estimula a musculatura intestinal.
- Usar azeite ou óleo vegetal nas verduras cruas.



### EM CASO DE FEBRE OU SUOR NOTURNO:

- Aumentar a ingestão de líquidos. Tomar mais água, sucos de frutas frescas, sucos de vegetais ou água de coco, para repor os minerais perdidos pelo suor ou pela febre.
- Manter uma alimentação variada, nos horários habituais.
- Aumentar o consumo de massas, pães, cereais e arroz.



### EM CASO DE FERIDA NA BOCA OU DOR PARA ENGOLIR:

- Comer alimentos macios ou bem cozidos como sopas cremosas, purê de batata, maçã cozida, banana amassada, pão de forma, miolo de pão, gelatina, pudins e flâs.
- Umedecer pão ou biscoito no leite, chá (camomila, erva doce, erva cidreira, hortelã), sopa ou outros líquidos para ficarem macios.
- Tomar suco natural de caju, goiaba ou laranja lima como fonte de vitamina C. Eles ajudam na cicatrização das feridas.
- Usar canudo ou copo para os líquidos (sopa, mingau), ao invés de colher.
- Evitar alimentos apimentados ou ácidos.
- Evitar alimentos e bebidas muito quentes. Preferir alimentos em temperatura ambiente, frios e bebidas geladas.



### EM CASO DE BOCA SECA:

- Beber de 6 a 8 copos de água por dia.
- Chupar bala do tipo azedinha, de gengibre ou mascar chiclete sem açúcar.
- Umedecer os alimentos (pão, torrada e outros) antes de comê-los.
- Dar preferência a alimentos cozidos com caldos ou molhos.
- Enxaguar a boca com frequência, isso ajudará a refrescá-la.

**Atenção:** alimentos ácidos ou doces podem estimular a produção de saliva, mas podem também causar irritação na boca se tiver alguma ferida.



### ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS

- Frituras e alimentos gordurosos: maionese, linguiça, salsicha, toucinho, queijos amarelos, chocolate, sorvetes cremosos e creme de leite.
- Enlatados em geral: sucos artificiais, doces e salgadinhos.
- Alimentos que formam gases: repolho, brócolis, couve-flor, milho, pepino, pimentão, rabanete, nabo, salsão, cebola, alho-poró e refrigerantes.
- Cereais integrais, legumes e verduras cruas, frutas secas.
- Leite integral ou desnatado.
- Alimentos crus.

### ALIMENTOS MAIS INDICADOS PARA CONSUMO

- Alimentos ricos em potássio como banana, batata e carnes brancas.
- Pão branco, torradas, bolachas (de maisena, água e sal).
- Arroz, macarrão com molho caseiro (tomate sem casca e sem sementes).
- Batata, mandioquinha, cenoura, cará, inhame, mandioca, chuchu, abobrinha sem semente.
- Carnes magras em geral (vaca, peixe, frango sem pele), de preferência grelhadas, assadas ou cozidas.
- Leite de soja, leite sem lactose, iogurte natural desnatado, queijo branco ou ricota.
- Frutas cruas ou cozidas sem casca como maçã, banana, pera e goiaba sem sementes.
- Sucos de frutas naturais – limão, maracujá, maçã, goiaba e acerola.
- Gelatina, amido de milho, aveia e tapioca.



**Todas essas dicas foram elaboradas pensando nas pessoas que vivem com HIV, para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida.**



Elaborado por:  
Enf. Esp. Luiza Brum Argenta  
Profa. Dra. Jackeline da Costa Maciel



Apoio:  
**Serviço de Assistência Especializada (SAE)**

Ref.: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 88 p.

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

### DECLARAÇÃO DE ENTREGA DO PRODUTO TÉCNICO

Declaramos que a discente **Luiza Brum Argenta**, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA – UFRR), orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel, entregou o **Produto de Editoração** intitulado “**Dicas para Melhorar a Adesão ao Tratamento**”, vinculado à Área de Concentração “Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde”, linha de pesquisa “Epidemiologia e Vigilância em Saúde na Amazônia”, dissertação intitulada “Adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV que realizam acompanhamento na capital de Roraima”.

Este produto de editoração tem como objetivo auxiliar o centro de referência para pessoas vivendo com HIV a criar estratégias que influenciem positivamente na adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida desta população em específico. O produto será apresentado aos profissionais de saúde responsáveis pelo serviço e poderá ser replicado tanto fisicamente quanto digitalmente em outros centros de referência que atendem pessoas vivendo com HIV, distribuídos em todo Brasil.

Boa Vista, 10 de novembro de 2020.

A handwritten signature in black ink that reads 'Fabíola C. Almeida de Carvalho'.

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Fabíola Christian Almeida de Carvalho**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) –  
UFRR

**ANEXO B****DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO E ENTREGA DO PRODUTO TÉCNICO**

Declaro para os devidos fins que a mestranda **Luiza Brum Argenta**, discente do **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima (PROCISA – UFRR)** apresentou e entregou o produto de editoração intitulado **“Dicas para Melhorar a Adesão ao Tratamento”**, o qual é resultado da sua dissertação realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Este produto será disponibilizado para o SAE para que o mesmo possa reproduzir e disponibilizar para os usuários que vivem com HIV atendidos no local. Este produto irá auxiliar esta população em específico com informações pertinentes ao vírus, à transmissão, mitos sobre a infecção, tratamento, dicas para lembrar de tomar a medicação e questões relacionadas à alimentação.

Boa Vista, 10 de novembro de 2020.

RECEBIDO 10/11/2020  
Karoline F. B. Ribeiro  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 127