

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À ADEÇÃO
DE IDOSOS À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV**

JOÃO PESSOA - PB

2019

MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FEREIRA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À
ADESÃO DE IDOSOS À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Faces e Interfaces da Epidemia do HIV e da aids na Paraíba.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Peixoto Bezerra

JOÃO PESSOA-PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F383f Ferreira, Milenna Azevedo Minhaqui.

Fatores sociodemográficos e clínicos associados a adesão de idosos a terapia antirretroviral para o HIV / Milenna Azevedo Minhaqui Ferreira. - João Pessoa, 2019. 78 f.

Orientação: Valéria Peixoto Bezerra.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Terapia antirretroviral. 3. HIV - Pessoas idosas. I. Bezerra, Valéria Peixoto. II. Título.

UFPB/BC

MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À ADESÃO
DE IDOSOS À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade
Federal da Paraíba, como requisito para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 26 de abril 2019.

BANCA EXAMINADORA



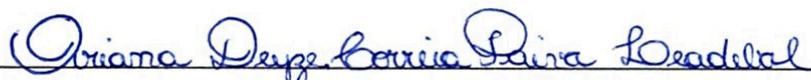
Prof.^a Dr.^a Valéria Peixoto Bezerra – Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)



Prof.^o Dr.^o João Agnaldo do Nascimento – Membro Externo
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)



Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva – Membro Interno
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)



Prof.^a Dr.^a Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal – Membro Suplente Externo
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Moreira Freire – Membro Suplente Interno
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

DEDICATÓRIA

*Dedico esta obra à minha mãe e a minha
avó materna, meu porto seguro.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, autor da minha vida, o maior Mestre que alguém pode conhecer, em todos os momentos tenho sentido o tocar e sustentar de suas mãos. Sem Ele eu não teria chegado até aqui, minha eterna gratidão.

À celebre instituição **Universidade Federal da Paraíba**, pela oportunidade e privilégio.

Aos **docentes do Programa de Pós Graduação**, pelos ensinamentos e partilha de conhecimentos.

A minha orientadora **Profª Drª Valéria Peixoto Bezerra**, exemplo de dedicação e determinação. Muita gratidão pelas experiências compartilhadas.

À estimada banca examinadora pela disponibilidade, contribuições e conhecimentos transmitidos, sendo imprescindíveis para o meu crescimento acadêmico. **Profª Drª Ana Cristina de Oliveira e Silva** por todo conhecimento, humildade e paciência. **Profº Drº João Agnaldo** grande referência, exemplo de ser humano e profissional. A **Profª Drª Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal** pela dedicação, sabedoria e clareza nas palavras. **Profª Drª Maria Eliane Moreira Freire** pelas contribuições pontuais. A vocês, minha total admiração, apreço e estima.

Ao **Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga** pela oportunidade e portas abertas, e aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico, Núcleo de Educação Permanente e Unidade Dispensadora de Medicamentos, muito obrigada.

Ao meu esposo, **Guilherme Silvestre Delgado** que sempre acreditou em mim, gratidão pela parceria, paciência, positividade e amor presenteado, um companheiro ímpar.

As minhas amadas e melhores amigas, minha mãe **Edilene Azevedo Silva**, pelo incentivo, meu maior exemplo de mulher, determinação e força, sempre mostrando que educação e trabalho sempre são os melhores caminhos. A minha avó **Elizabeth de Azevedo Silva**, que me apresentou o caminho de Cristo, obrigada pelas orações, proteção e amor.

A minha querida e preciosa amiga **Anna Claudia Freire de Araújo Patrício**, que com toda sua paciência e sabedoria ajudou-me e mostrou-me os caminhos. Um anjo enviado por Deus!

A todos os meus **amigos** pela torcida e energia positiva.

Palavras não são suficientes para agradecer. Gratidão eterna!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Influência dos fatores sociodemográficos sobre o fenômeno da adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.....	48
FIGURA 2 - Influência dos fatores clínicos sobre o fenômeno da adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.....	49
FIGURA 3 - Análise de agrupamento para detectar influência dos fatores sociodemográficos em idosos em uso de TARV, categorizados em grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão).....	51
FIGURA 4 - Agrupamento sobre a influência dos fatores sociodemográficos no fenômeno da adesão em idosos em uso de TARV, nos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão).....	52
FIGURA 5 - Árvore de decisão dos fatores sociodemográficos para classificar a adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.....	56
FIGURA 6 – Estimativa do tempo de ocorrência da não adesão após a instituição da TARV em idosos.....	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Medidas descritivas das características sociodemográficas de idosos em uso de TARV, categorizados em grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.....	37
TABELA 2 - Medidas descritivas das variáveis clínicas comorbidade, uso de medicação psicotrópica, coinfeções, doenças oportunistas e reação adversa, de idosos em uso de TARV, referentes aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão).....	45
TABELA 3 – Medidas descritivas das variáveis avaliação no diagnóstico, penúltima e última contagens de carga viral e TCD4+, referentes aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.....	52
TABELA 4 - Descrição da carga viral nos períodos do diagnóstico, penúltima e última contagem, por grupos de adesão (G1) e não adesão (G2). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
TARV	Terapia Antirretroviral
ARV	Antirretroviral
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Potente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
CV	Carga Viral
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema Informação de Agravos e Notificação
SAME	Serviço de Arquivo Médico
CHCF	Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
LFS	Letramento Funcional em Saúde
SLHIV	Síndrome da Lipodistrofia do HIV

RESUMO

FERREIRA, Milenna Azevedo Minhaqui. **Fatores sociodemográficos e clínicos associados à adesão de idosos à terapia antirretroviral para o HIV.** 2019. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: No início da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana e da aids, os idosos não eram considerados como vulneráveis à infecção, fato que pode ter contribuído para o aumento das taxas de incidência da doença neste grupo. A eficácia da terapia antirretroviral para o HIV encontra-se estabelecida na literatura científica, porém a sua efetividade depende da adesão à terapêutica. **Objetivo Geral:** Analisar a adesão de idosos à terapia antirretroviral para o HIV segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, com fonte de dados secundários de um hospital de referência na Paraíba, com base populacional de 59 idosos, com infecção pelo HIV, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, durante o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, sendo distribuídos em adesão (G1) e não adesão (G2). Os dados foram coletados durante o período de setembro a novembro de 2018 através de dois formulários, o primeiro sobre os registros da dispensação de medicamentos e o segundo com dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais de prontuários dos pacientes. Os dados foram analisados utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 e o *Software R*, e a estatística descritiva e inferencial. Aplicaram-se os modelos *Weight of Evidence*, teste exato de Fisher, Regressão de Contagem Poisson ou Binomial Negativa, e para a árvore de decisão o método *Chi-Squared Automatic Interaction Detection*. O agrupamento hierárquico de ligação média com medida de distância euclidiana foi utilizado na análise de agrupamento. Aplicou-se também o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo o Parecer nº 2.924.727, CAAE 95920618.9.0000.5188. **Resultados:** A taxa de adesão à terapia antirretroviral (G1) foi de 67,2% (39) e de 32,8% (19) para não adesão (G2). Em ambos os grupos houve maior participação do sexo masculino. Em relação ao estado civil, o grupo de adesão apresentou maior frequência de casados (46,2%), enquanto o grupo de não adesão, de solteiros (42,1%). Quanto à escolaridade, o ensino fundamental foi mais frequente em ambos os grupos. Em relação à orientação sexual houve maior participação de pessoas heterossexuais em ambos os grupos. A idade e as reações adversas foram os fatores mais influentes na adesão. A árvore de decisão evidenciou que idosos com idade superior a 65,7 anos têm maior probabilidade de aderir ao tratamento. Foi verificada a orientação sexual como fator determinante para a adesão e o estado civil, para a não adesão, e ainda o grupo de não adesão apresentou carga viral com valores mais elevados. Estimou-se a não adesão ocorrer em 28,5 meses, estabilizando-se após os 50 meses. **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos mais influentes no fenômeno da adesão foram idade, estado civil e orientação sexual. As reações adversas e a toxoplasmose também se apresentam relevantes. Os idosos acima de 65,7 anos se apresentaram como um grupo mais favorável à adesão. A orientação sexual distinguiu-se como uma variável que influencia para a adesão, enquanto que o estado civil, para a não adesão.

Palavras-Chave: Enfermagem; HIV; Adesão à medicação; Terapia Antirretroviral; Idoso

ABSTRACT

FERREIRA, Milenna Azevedo Minhaui. **Sociodemographic and clinical factors associated with adherence of the elderly to antiretroviral therapy for HIV**. 2019. 78f. Dissertation (Master in Nursing) – Health Sciences Center, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introduction: At the beginning of the epidemic of the human immunodeficiency virus and aids, the elderly were not considered vulnerable to infection, a fact that may have contributed to the increase in the incidence rates of the disease in this group. The efficacy of antiretroviral therapy for HIV is established in the scientific literature, but its effectiveness depends on adherence to therapy. **General Objective:** To analyze the adherence of elderly to antiretroviral therapy for HIV according to sociodemographic and clinical variables. **Methodology:** This is a descriptive, quantitative study with a source of secondary data from a reference hospital in Paraíba, based on a population of 59 elderly people, with HIV infection, reported in Information System of Reportable Diseases during the period of January 2013 to December 2017, being distributed in adherence (G1) and non-adherence (G2). Data were collected during the period from September to November 2018 through two forms, the first with information on the dispensation of medications registered in the service and the second with sociodemographic, clinical and laboratory information obtained from patient records. Data were analyzed using the program *Statistical Package for the Social Sciences* version 20.0 and *Software R*, and descriptive and inferential statistics. The models *Weight of Evidence*, Fisher's exact test, Poisson's or negative Binomial regression, and the *Chi-Squared Automatic Interaction Detection* method were applied to the decision tree. The hierarchical grouping of mean linkage with Euclidean distance measurement was used in the cluster analysis. The non-parametric Mann-Whitney test was also applied. The research project was approved by the Research Ethics Committee according to opinion 2.924.727, CAAE 95920618.9.0000.5188. **Results:** The rate of adherence to antiretroviral therapy (G1) was 67.2% (39) and 32.8% (19) for non-adherence (G2). In both groups, there was a higher participation of males. Regarding marital status, the adherence group had a higher frequency of married (46.2%), while the group of non-adherence to singles (42.1%). As for schooling, elementary education was more frequent in both groups. Regarding sexual orientation, there was a greater participation of heterosexual people in both groups. Age and adverse reactions were the most influential factors in adherence. The decision tree showed that elderly older than 65.7 years of age are more likely to adhere to treatment. The sexual orientation was verified as a determinant factor for adherence and the marital status for non-adherence, although the non-adherence group presented a viral load with higher values. It was estimated that non-adherence occurred in 28.5 months, stabilizing after 50 months. **Conclusion:** The most influential socio-demographic factors in the adhesion phenomenon were age, marital status and sexual orientation. Adverse reactions and toxoplasmosis are also relevant. The elderly over 65.7 years of age present themselves as a more favorable group for adherence. Sexual orientation has been distinguished as a variable that influences adherence, where as marital status for non-adherence.

Key Words: Nursing; HIV; Medication Adherence; Antiretroviral Therapy; Elderly.

RESUMEM

FERREIRA, Milenna Azevedo Minhaqui. **Factores sociodemográficos y clínicos asociados con la adherencia de los ancianos a la terapia antirretroviral para el VIH.** 2019. 78 f. Tesis (Máster en enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introducción: Al comienzo de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, los ancianos no fueron considerados vulnerables a la infección, un hecho que puede haber contribuido al aumento de las tasas de incidencia de la enfermedad en este grupo. La eficacia del tratamiento antirretroviral para el VIH se establece en la bibliografía científica, pero su eficacia depende de la adherencia al tratamiento. **Objetivo general:** Analizar la adherencia de los ancianos a la terapia antirretroviral para el VIH según las variables sociodemográficas y clínicas. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo y cuantitativo con una fuente de datos secundarios de un hospital de referencia en Paraíba, basado en una población de 59 personas mayores, con infección por VIH, reportada en Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria durante el período de enero 2013 al 2017 de diciembre, siendo distribuidos en adherencia (G1) y no adherencia (G2). Los datos se recopilaron durante el período comprendido entre septiembre y noviembre de 2018 a través de dos formas, la primera con información sobre la dispensación de medicamentos registrados en el servicio y la segunda con información sociodemográfica, clínica y de laboratorio obtenido de registros de pacientes. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico paquete para las ciencias sociales versión 20,0 y *Software R*, y estadística descriptiva e inferencial. Los modelos de peso de la evidencia, la prueba exacta de Fisher, la regresión binomial negativa o de Poisson, y el método de *Detección de Interacción Automática Chi Cuadrado* se aplicaron al árbol de decisión. En el análisis del cluster se utilizó la agrupación jerárquica de la vinculación media con medición de distancia euclidiana. También se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de ética de la investigación según el dictamen 2.924.727, CAAE 95920618.9.0000.5188. **Resultados:** La tasa de adherencia al tratamiento antirretroviral (G1) fue del 67,2% (39) y del 32,8% (19) para la no adherencia (G2). En ambos grupos, hubo una mayor participación de los varones. En cuanto al estado civil, el grupo de adherencia tuvo una mayor frecuencia de casados (46,2%), mientras que el grupo de no adherencia a solteros (42,1%). En cuanto a la escolarización, la educación elemental fue más frecuente en ambos grupos. En cuanto a la orientación sexual, hubo una mayor participación de las personas heterosexuales en ambos grupos. La edad y las reacciones adversas fueron los factores más influyentes en la adherencia. El árbol de decisión demostró que los ancianos mayores de 65,7 años de edad tienen más probabilidades de adherirse al tratamiento. La orientación sexual fue verificada como un factor determinante para la adherencia y el estado civil para la no adherencia, aunque el grupo de no adherencia presentó una carga viral con valores más altos. Se estimó que la no adherencia se produjo en 28,5 meses, estabilizándose después de 50 meses. **Conclusión:** Los factores sociodemográficos más influyentes en el fenómeno de la adhesión fueron la edad, el estado civil y la orientación sexual. Las reacciones adversas y la toxoplasmosis también son relevantes. Los ancianos mayores de 65,7 años de edad se presentan como un grupo más favorable para la adherencia. La orientación sexual se distinguió como una variable que influye en la adhesión, mientras que el estado civil para la no adhesión.

Palabras clave: Enfermería; VIH; Adherencia a la medicación; Terapia antirretroviral; Ancianos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 A infecção pelo HIV na população idosa.....	19
2.2 Contextualizando o uso da terapia antirretroviral para HIV	22
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Local do estudo.....	30
3.3 População e amostra.....	30
3.4 Definição e seleção dos grupos.....	31
3.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	32
3.6 Análise dos Dados.....	33
3.7 Aspectos Éticos.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O surgimento da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua evolução para a aids geraram grande impacto na sociedade. Esse contexto configura-se como um grave problema de saúde pública no que se refere às repercussões da doença, pelo crescente aumento no número de casos e elevada taxa de mortalidade (LEAL; COELHO, 2016).

O perfil da epidemia de aids vem se modificando ao longo do tempo, inicialmente foi associada aos grupos de risco ou susceptíveis para a infecção pelo HIV, a exemplo de homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas e profissionais do sexo. Atualmente a doença evoluiu para atingir pessoas de diferentes idades, sexos e orientações sexuais, disseminando-se nas diversas áreas do país, de acordo com as peculiaridades de cada região geográfica (RODRIGUES *et al.*, 2015; AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

No mundo vem se observando o envelhecimento da população nos últimos anos. Seguindo este fenômeno, no Brasil, este grupo etário vem se tornando cada vez mais representativo, caracterizando um total de 30,2 milhões em 2017, sendo as mulheres a maioria expressiva neste grupo, com 16,9 milhões (56%), enquanto os homens correspondem a 13,3 milhões (44%). No país é identificado como idoso aquele indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

No início da epidemia do HIV, os idosos não eram considerados como vulneráveis à infecção e as campanhas de prevenção direcionadas a esta população eram escassas, fato que pode ter contribuído para o aumento das taxas de incidência de aids neste grupo etário (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; BEZERRA *et al.*, 2015).

No mundo foram registradas 36,9 milhões de pessoas que viviam com HIV em 2017, sendo 5,8 milhões com idade igual ou superior a 50 anos e a maioria das pessoas infectadas globalmente vivem em países com baixa e média renda econômica (OKUNO *et al.*, 2014; UNAIDS, 2018; CALIARI *et al.*, 2018).

Esforços universais para fortalecer programas de prevenção e tratamento do HIV estão reduzindo a transmissão do vírus. Desde 2010, o número anual de novas infecções pelo HIV em todas as idades diminuiu em 16% para 1,8 milhões de casos. O ritmo de declínio de novas infecções pelo vírus, no entanto, é demasiado lento para atingir a meta de Aceleração da Resposta acordada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2016, que estabelece menos de 500 mil novas infecções por ano até 2020 (UNAIDS, 2017).

No Brasil, de 1980 a junho de 2018 foram registrados 926.742 casos de aids, com 606.936 (65,5%) casos em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. A distribuição proporcional dos casos de aids no país, segundo a região, registra uma concentração nas Regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 51,8% e 20,0% do total de casos, respectivamente. Nas demais regiões, o Nordeste se destaca com 15,8% dos casos (BRASIL, 2018).

O país registra anualmente uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. A taxa de detecção vem declinando gradativamente nos últimos anos, e tem sido mais acentuada desde a recomendação “tratamento para todos”, implementada pelo Ministério de Saúde em dezembro de 2013. Entretanto, as Regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento das taxas de detecção; em 2007 registrou-se uma taxa de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos/100 mil hab., enquanto que no ano de 2017 a taxa foi de 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste) casos para 100 mil/hab., representando um aumento de 44,2% (Norte) e 24,1% (Nordeste) (BRASIL, 2018).

Em relação à evolução do HIV em idosos, percebe-se um aumento progressivo dessa morbidade ao longo dos anos nesta faixa etária. Entre os anos de 1980 e 2006, foram notificados no Brasil 11.109 casos de indivíduos com idade superior a 60 anos. Em um segundo momento, entre os anos 2007 e 2018, o número de casos em idosos vem crescendo, chegando a um total de 7.469 casos (BRASIL, 2018).

Nesse cenário, verifica-se uma elevação na taxa de detecção entre indivíduos com 60 anos ou mais, em ambos os sexos; no ano de 2006, os casos nesta faixa etária correspondiam a 10,9% em homens e 5,6% em mulheres, já, no ano de 2017, os casos nessa mesma faixa corresponderam a 13,4% em homens e 6,4% em mulheres, dados que comprovam a pluralidade do HIV e da aids (BRASIL, 2018).

Apesar do crescimento da representatividade dessa população dentre os infectados, só recentemente tem sido dada ênfase às características da epidemia em pessoas com idade mais avançada (MELO *et al.*, 2012).

No passado, a sexualidade dos idosos foi negada e esquecida, e isso gerou mudanças significativas associadas aos aspectos socioculturais, como atitudes e informações frente às mudanças ocasionadas pelas transformações biológicas. Assim, é necessário compreender que a sexualidade não só se mantém, mas vai se transformando ao longo da vida e que cada idade favorece formas distintas de satisfação sexual (BITTENCOURT *et al.*, 2015).

Considerando os vários ganhos que esta população vem conquistando ao longo dos anos, com destaque para o prolongamento da vida sexual ativa, que é influenciada pelos avanços tecnológicos em saúde, a exemplo de tratamentos de reposição hormonal e

medicações para disfunção erétil, concomitantemente a isso, a desmistificação do sexo permite o redescobrimento de novas experiências sexuais, ocasionando, nesta faixa etária, o aumento da vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (DORNELAS NETO *et al.*, 2015; BITTENCOURT *et al.*, 2015).

Embora alguns fatores biológicos e psicológicos possam interferir no seu desempenho, identifica-se que os idosos continuam exercendo sua sexualidade, incluindo as relações sexuais. Ainda assim, há muitos mitos e crenças de que sexo e sexualidade inexistem na velhice e, decorrente dessa visão estereotipada, assuntos pertinentes ao sexo seguro habitualmente são ignorados para essa população (ARAÚJO *et al.*, 2018)

Diante desse contexto, esta faixa etária torna-se vulnerável às ISTs, dentre elas o HIV devido à ocorrência de práticas sexuais inseguras (DORNELAS NETO *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2018).

Sendo assim, esse cenário representa desafios únicos para os pacientes, profissionais de saúde e sociedade em geral. Considerando os avanços do uso da Terapia Antirretroviral (TARV), opções de vida saudáveis e a definição que esta população tem sobre envelhecimento bem-sucedido, é possível, para muitos idosos, enfrentar com sucesso a infecção pelo HIV (CRUZ; RAMOS, 2015).

Vale salientar que a expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV aumentou ao longo dos anos e está se aproximando da população em geral, resultado da eficácia da terapia antirretroviral que levou a maioria dessas pessoas a uma condição crônica, ao invés de uma doença que conduz inevitavelmente ao óbito. O uso da TARV ainda tem contribuído para melhor qualidade de vida para indivíduos infectados e uma redução na morbidade e mortalidade (DUBE *et al.*, 2018).

A eficácia da TARV altamente potente para o HIV encontra-se bem estabelecida na literatura científica, porém a sua efetividade depende especialmente da adesão à terapêutica. A não adesão ou a baixa adesão à TARV implicam na falência dos esquemas básicos de tratamento, favorecendo danos ao sistema imunológico, como a progressão para a aids e o aumento de chances de infecções oportunistas (SILVA *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, a contagem de linfócitos TCD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar o tratamento, com esse exame é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, enquanto a contagem de carga viral do HIV é considerada padrão ouro para monitorar a eficácia da TARV e detectar precocemente problemas de adesão (BRASIL,

2018). Ao lado da contagem dos linfócitos TCD4+, a adesão à TARV é o segundo mais forte preditor para progressão para aids e óbito (TEGEGNE; NDLOVU; ZEWOTIR, 2018).

Para o Ministério da Saúde, a adesão consiste na utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais (ARV) da forma mais próxima possível àquela descrita pela equipe de saúde. A adesão também é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia (BRASIL, 2018).

Sendo assim, o controle sobre a retirada de medicamentos torna-se um importante instrumento que irá auxiliar na avaliação da aceitação ao tratamento, visto que questões subjetivas como as emoções influenciam no fenômeno da adesão e podem não ser perceptíveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente um terço dos pacientes que têm o HIV tomam a sua medicação como prescrito. Para assegurar êxito terapêutico se faz necessária uma adesão maior ou igual a 95%, a fim de conquistar níveis satisfatórios de supressão viral, devido ao alto potencial de mutação e replicação do vírus (WHO, 2003). Contudo, o Ministério da Saúde entende como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% (BRASIL, 2018). Uma meta-análise de estudos observacionais de 12 países mostrou que apenas 62% dos pacientes em TARV relataram adesão ideal (ORTEGO *et al.*, 2011).

Dessa forma, o monitoramento da adesão constitui um dos aspectos essenciais no cuidado de pacientes com infecção pelo HIV (KNOBEL; GUELLAR, 2004), entretanto, não existe modelo ideal para realizar a avaliação de adesão à TARV, sendo este um processo bastante complexo. Os métodos comumente utilizados incluem a contagem de comprimidos, o monitoramento eletrônico, os níveis de drogas terapêuticas, os registros de farmácia e o autorrelato. Para cada método disponível, há vantagens e desvantagens, não havendo método totalmente satisfatório (FORESTO *et al.*, 2017; VALE *et al.*, 2018).

Entre os determinantes para o sucesso da TARV, devem ser considerados fatores como a precocidade do diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços, a situação econômica dos indivíduos e o grau de organização dos sistemas de saúde (FORESTO *et al.*, 2017;).

Fatores como as características sociodemográficas e psicossociais, percepção da doença, aspectos relacionados ao tratamento, uso de álcool, baixa renda familiar e tempo de diagnóstico de HIV entre 1 e 3 anos são associados à não adesão. O não assentimento à TARV é um dos fatores que mais contribuem no insucesso do tratamento e é potencialmente

passível de intervenção (SILVA *et al.*, 2015; FORESTO *et al.*, 2017; TEGEGNE; NDLOVU; ZEWOTIR, 2018).

Para indivíduos infectados e sem tratamento, os seis primeiros meses seguintes ao início da terapia apresentam-se como um obstáculo, podendo acarretar a não adesão. A compreensão dos riscos pode auxiliar na detecção desses pacientes, possibilitando assim uma contribuição à equipe de saúde no objetivo de promover esclarecimento a esses indivíduos, e desta forma aumentar o nível de adesão (SILVA *et al.*, 2015; FORESTO *et al.*, 2017).

Em 2009, o Ministério da Saúde sugeria como critérios para serem considerados como abandono do tratamento aqueles casos em que pacientes não comparecessem ao serviço por três meses após retirar seus medicamentos ou que não comparecessem às consultas em um intervalo maior do que seis meses. Apesar dos esforços, as razões que motivam o abandono em si são complexas e variadas (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Estudos afirmam que a não adesão ocorre em algum grau, tanto em países ricos como pobres, e a taxa média é de 50%. Embora não apresente cura, é evidente o fato de que a TARV permite tornar mais lento o curso da doença, na medida em que prolonga e promove melhor qualidade de vida ao paciente (PASCHOAL *et al.*, 2014; RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Em geral, 40% dos pacientes não cumprem as recomendações terapêuticas, no caso das doenças agudas, esse percentual chega a 20%, enquanto que, nas doenças crônicas, que é o caso do HIV, a adesão chega a 45%. Dessa forma, vários fatores podem estar relacionados a esse problema, a exemplo de fatores pessoais, do sistema ou equipamento de saúde, da doença e tratamento. Entre os fatores pessoais, múltiplas variáveis podem ser mencionadas: falta de motivação, ignorância, baixa autoestima, dentre outros (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

A adesão à terapêutica mostra-se como processo pouco compreendido, gerando desgaste tanto para o profissional de saúde quanto para a pessoa a ser cuidada, que muitas vezes opta por abandonar o tratamento por considerar este um caminho mais fácil e menos doloroso (PASCHOAL *et al.*, 2014).

A oferta ou a disponibilidade de serviços não significa o uso efetivo dos mesmos, há de considerar os vários obstáculos ou barreiras ao acesso e cuidados em saúde pelos quais passam as pessoas vivendo com HIV (SILVA; SANTOS; DOURADO, 2015).

Não obstante, os efeitos colaterais da terapia antirretroviral e a evolução clínica da aids, associados ao processo de envelhecimento, podem aumentar com a idade e diminuir as chances de sucesso. Essa possibilidade se deve ao fato de a aids ser considerada uma condição

crônica transmissível que, ao acometer idosos, pode comprometer sua autonomia e independência, além de limitar os domínios de sua funcionalidade (CRUZ; RAMOS, 2015).

Vale destacar que, após o advento da terapia antirretroviral combinada com o acesso gratuito às pessoas que vivem com o HIV, verificou-se que a sobrevivência desses indivíduos no país aumentou, levando a um maior número de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. No entanto, continua a existir uma ausência de diretrizes terapêuticas específicas para o HIV entre idosos, apesar de as maiores taxas de efeitos colaterais e das interações medicamentosas ocorrerem neste grupo. Além disso, a condição clínica relacionada ao processo de envelhecimento humano associado à infecção pelo HIV permanece indefinida (GORZONI *et al.*, 2016).

Dessa forma, existem várias razões para estudar a adesão aos tratamentos. Ressalta-se que grande parte das indicações terapêuticas não pode ser supervisionada diariamente por um agente externo, ficando a cargo do paciente a responsabilidade em cumprir ou não com o tratamento (ORTIZ; ORTIZ, 20017).

Os aspectos que envolvem o processo saúde e doença são complexos, dinâmicos e ocorrem de modo universal, determinados por diferentes dimensões que constituem o cotidiano das pessoas. Ainda que a prevalência e as implicações da não adesão comprometam a sobrevida, qualidade de vida, manifestações clínicas e a evolução para aids, há barreiras que impedem a implementação da TARV.

O diagnóstico de uma sorologia positiva para o HIV e a terapêutica de uso contínuo são fatos impactantes, que provocam mudanças no cotidiano e no processo de socialização das pessoas que recebem esse resultado. Destaca-se ainda a relevância da produção e divulgação de conhecimentos que oportunizem um compartilhamento das principais experiências e dificuldades enfrentadas por idosos na adesão à TARV.

A análise sobre os fatores que interferem no processo de adesão pode auxiliar na construção de estratégias mais adequadas para lidar com tais questões. Desta forma, a enfermagem deve estar qualificada para atender às demandas, melhorando a adesão ao futuro plano terapêutico, a qualidade de vida desses idosos que vivem com HIV, trazendo, assim, benefícios à saúde.

Nesse contexto, o presente estudo emerge dos seguintes questionamentos: Qual a taxa de adesão à terapia antirretroviral para o HIV entre idosos? Quais as variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos que estão associadas à adesão à terapia antirretroviral? Qual a probabilidade de adesão à terapia antirretroviral por idosos considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas? Qual a associação do uso da TARV com a contagem da carga

viral e células TCD4+? Como as variáveis sociodemográficas e clínicas podem contribuir com a construção de um modelo preditivo para a adesão à terapêutica? Qual o tempo de ocorrência da não adesão após a instituição da terapia antirretroviral?

OBJETIVO GERAL

Analisar a adesão de idosos à terapia antirretroviral para o HIV segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a taxa de adesão à terapia antirretroviral para o HIV de idosos.
- Verificar as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à adesão à terapia antirretroviral para o HIV por idosos.
- Estimar a probabilidade de adesão à terapia antirretroviral por idosos considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Verificar a associação do uso da TARV com a contagem de carga viral e células TCD4⁺.
- Construir um modelo preditivo da adesão de idosos à terapia antirretroviral utilizando indicadores sociodemográficos e clínicos.
- Estimar o tempo de ocorrência da não adesão após a instituição da terapia antirretroviral.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A infecção pelo HIV na população idosa

No decorrer da história foram construídos diversas opiniões e conceitos sobre a epidemia do HIV, alguns acreditavam que a doença era restrita aos homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Tais conceitos se modificaram no decorrer dos anos, porque se comprovou a contaminação do vírus em outras populações, a exemplo dos idosos (COSTA *et al.*, 2018).

A expectativa de vida de pessoas vivendo com o vírus aumentou significativamente, após a orientação generalizada da TARV a todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independentemente da contagem de células TCD4+. Consequentemente, o número de idosos infectados pelo HIV expandiu progressivamente na última década, e este crescimento tem sido atribuído à sobrevida mais longa em infectados pelo HIV e às novas infecções que ocorrem entre os 50 anos e mais (KIPLAGAT *et al.*, 2018).

No Reino Unido, em 2013, estimou-se que 27% das pessoas que viviam com HIV estavam com idade de 50 anos ou mais no momento do diagnóstico (MCGOVAN *et al.*, 2016). No Canadá, o número de idosos com HIV dobrou nos últimos 20 anos e na Europa Ocidental o número de pessoas vivendo com HIV, com idade entre 50 anos ou mais, quase quadruplicou na última década (GUARALDI *et al.*, 2015).

Embora o envelhecimento e o HIV sejam evidenciados em grande parte de América e Europa, países de baixa e média renda estão começando a observar este fenômeno (OBUKU *et al.*, 2018). O aumento da prevalência do HIV entre as pessoas mais velhas tem sido atribuído à sobrevivência prolongada do uso da terapia antirretroviral, bem como a uma proporção crescente de pessoas de meia idade infectadas com o vírus (METALLIDIS *et al.*, 2013).

No Brasil, ao longo dos anos, a infecção pelo HIV passou por mudanças no seu perfil epidemiológico, sendo os idosos um dos grupos susceptíveis (ALENCAR; CIOSAK, 2015). No início da epidemia não era esperado que pessoas infectadas ainda jovens vivessem até a idade avançada, e os mais idosos em geral não eram considerados grupos vulneráveis para contrair a infecção (OKUNO *et al.*, 2014).

A geração dos “*baby boomers*”, ou seja, pessoas nascidas durante o período de 1945 a 1965, que entram na chamada terceira idade, traz novos comportamentos sobre o que significa “ser velho”, particularmente em relação à sexualidade (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Os divórcios e taxas de remartrimônio estão aumentando continuamente em idades tardias e há uma tendência crescente de vida íntima, mas de não coabitação, nas relações entre pessoas mais idosas; maior aceitação legal e social de estilos de vida não heterossexuais – lésbicas e *gays* mais velhos estão abertos em relação à identidade sexual. Além disso, empresas estão sendo implantadas ao redor desse grupo de idosos, oferecendo serviços de encontros e aconselhamento sobre como formar relacionamentos íntimos na idade mais avançada (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Ao longo da história da humanidade, sexualidade e preconceito se apresentam interligados. O preconceito em relação à vivência da sexualidade no idoso remonta à repressão existente na sociedade frente à sexualidade ao longo de vários séculos, associando-se somente a fins reprodutivos (CASSÉTE *et al.*, 2016).

Mitos e tabus se relacionam diretamente à sexualidade e devem ser sobrepujados, com intuito de desestimular a vida sexual dessas pessoas, já que, para a sociedade, manter relação sexual depois do envelhecimento não é uma prática culturalmente aceita, sendo relacionada a algo anormal, impudico e imoral (NARDELLI *et al.*, 2017).

Diante disso, percebe-se que os idosos não estão excluídos da possibilidade de aquisição de doenças veiculadas pelo sexo. Uma significativa proporção de homens e mulheres permanece sexualmente ativa, pois a sexualidade, como interação física e íntima, tem comportamento vitalício e desenvolvimentos evolutivos que vão desde o nascimento até a morte (SERRA *et al.*, 2013).

Essas mudanças de valores, de atitudes e de comportamentos ficam ainda mais evidentes ao se constatar que as taxas de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive pelo HIV, estão aumentando em pessoas com mais de 60 anos (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

No entanto, ressalta-se que a prática sexual não aumenta a vulnerabilidade dos idosos em relação à infecção pelo HIV, e sim a prática sexual desprotegida, fato que é atribuído a todas as idades e não apenas aos idosos (ALENCAR; CIOSEK, 2016).

Nesse sentido, idosos possuem ceticismo quanto ao risco de infecção pelo HIV, pois acreditam que tal infecção só é provável em pessoas que levam uma vida promíscua. Esses idosos demonstram resistência ao uso do preservativo, por considerá-lo apenas um método contraceptivo (CORDEIRO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o aumento no número de pessoas com HIV em uma idade mais avançada também é resultado de menor percepção de risco sexual (GUARALDI *et al.*, 2015).

A infecção pelo HIV em pessoas idosas se dá na maioria das vezes por via sexual, e grande parte dos idosos que vivem com esse vírus relatam nunca terem utilizado o

preservativo nas relações sexuais antes de conhecerem o diagnóstico (ALENCAR; CIOSAK, 2015). Portanto, por se considerarem um grupo com menos riscos de contrair aids, as pessoas com idade mais avançada costumam adiar a realização do teste anti-HIV (SOUZA *et al.*, 2012).

Ressalta-se ainda que os impactos psicossociais do diagnóstico de HIV na pessoa idosa podem ser associados ao processo de estigmatização, seus efeitos sobre a identidade dos indivíduos, dos grupos e das relações sociais (SILVA *et al.*, 2015).

O estigma e a discriminação que atingem pessoas vivendo com HIV é um obstáculo importante e persistente no enfrentamento da epidemia. O estigma é definido como um atributo com significado depreciativo, associado a uma marca que desqualifica o indivíduo perante os demais, sendo utilizado pela sociedade para desvalorizar a pessoa, uma vez que é entendido como defeito, fraqueza ou desaprovação (ANDRADE; IRIART, 2015).

Quando o estigma é internalizado pelo sujeito, passa a dominar as referências de si mesmo, seus sentimentos e até mesmo atitudes, gerando culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade (SILVA *et al.*, 2015).

Portanto, se faz necessária a introdução de políticas públicas de saúde e estratégias educativas, com ações que propiciem o alcance de medidas preventivas que possam subsidiar avanços na assistência à saúde do idoso, o que se caracteriza como um desafio, principalmente diante do elevado número de idosos diagnosticados com HIV (MADRUGA; VIEIRA; ALMEIDA, 2018).

Nesse cenário, percebe-se uma demanda insuficiente de atenção voltada aos idosos infectados, a exemplo da falta de dados adequados sobre seu envolvimento no *continuum* de cuidados com o HIV. Como resultados, ainda há uma lacuna de provas e de política significativa na resposta global (KIPLAGAT *et al.*, 2018).

Embora as orientações sobre a TARV tenham evoluído ao longo do tempo, ainda existem desafios ao gerenciar idosos infectados pelo HIV. Antes de iniciar a terapia antirretroviral, a possível toxicidade e os efeitos adversos devem ser cuidadosamente examinados em idosos devido a um maior risco de comorbidades. Esses fatores são susceptíveis de aumentar a morbidade e, por sua vez, afetam a adesão em idosos depois de iniciar a TARV (KIPLAGAT *et al.*, 2018).

Observa-se que os profissionais de saúde não estão preparados para identificar a vulnerabilidade desse público em relação ao HIV e, desta forma, não têm solicitado exames sorológicos. Muitos idosos procuram os serviços de saúde manifestando sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas e são negligenciados pelos profissionais, que atribuem a

sintomatologia a outras morbidades mais prevalentes nesta faixa etária (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Portanto, os serviços de saúde necessitam se preparar para um atendimento especializado a esta população, visto que a demanda é evidente, inclusive adaptar-se e efetivar a busca por meios de alcançar e sensibilizar os indivíduos mais excluídos, assim, compensando as diferenças culturais e sociais existentes (NARDELLI *et al.*, 2017).

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem estar atentos às medidas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e do vírus do HIV, uma vez que os idosos também estão expostos (ARAÚJO *et al.*, 2018).

2.2 Contextualizando o uso da terapia antirretroviral para o HIV

Nos anos de 1990, o Brasil adotou a política de acesso gratuito e universal à TARV para todas as pessoas que vivem com HIV, além disso, as estratégias eram direcionadas para a prevenção de novos casos da infecção e controle dos agravos da epidemia, o que resultou na redução da morbidade e mortalidade associadas ao vírus e da ocorrência de internações, propiciando o aumento na expectativa de vida (GALVÃO *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, torna-se essencial evidenciar que o Brasil foi um dos primeiros países a implementar a distribuição universal de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 9.313 de 1996. Os resultados do uso dessa terapia mostraram-se exitosos, principalmente a partir da adoção do conceito de HAART (*Highly Active Antirretroviral Therapy – Terapia Antiretroviral Altamente Eficaz*), que é a combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis (BRASIL, 1996; PASCHOAL *et al.*, 2014; PICELLI; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

O surgimento de esquemas terapêuticos associados à política contribuíram para mudanças no perfil da doença, uma vez que, antes do ano de 1990, existiam apenas intervenções paliativas destinadas a tratar agravos decorrentes da evolução clínica do HIV, a exemplo da debilidade física da própria doença, que impossibilitava às pessoas infectadas manterem suas atividades cotidianas, interrompendo seus papéis sociais e condenando-as à morte social, sem contar a brevidade do seu tempo de vida (PICELLI; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

O HIV é tratado com a TARV, que usualmente combina três ou mais antirretrovirais para prevenir a replicação do vírus, a progressão da doença e reduzir o risco de transmissão. A

terapêutica com ARV não cura a infecção pelo vírus, mas pode aumentar a sobrevivência dos pacientes e melhorar a qualidade de vida (DUNN *et al.*, 2018).

O desenvolvimento da TARV para o tratamento da infecção pelo HIV é considerado uma das maiores conquistas da medicina moderna. Em questão de poucos anos, o prognóstico global para pacientes infectados pelo vírus mudou de anos a décadas. Embora os regimes iniciais fossem complexos e associados com toxicidade significativa de curto e longo prazo, os regimes atuais são geralmente fáceis de administrar, seguros e bem tolerados. Sendo assim, estamos entrando em uma fase da epidemia em que se pode alcançar e manter, indefinidamente, o controle da replicação do vírus na grande maioria dos pacientes (DEEKS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde recomendou, no consolidado das diretrizes sobre o uso de medicamentos antirretrovirais, publicado no ano de 2016, a conduta de início imediato da TARV para todas as crianças, adolescentes e adultos, incluindo as grávidas e mulheres que estão amamentando e que vivem com o HIV, mesmo sem comprometimento imunológico e independentemente da contagem de células TCD4⁺. Sendo assim, o número de pessoas que vivem com o vírus que estão recebendo TARV aumentou, assim como a preocupação em manter níveis adequados de adesão (WHO, 2016; ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2018).

Desde a introdução da TARV a infecção pelo HIV tornou-se uma condição crônica manejável, ou seja, passível de tratamento e controle da evolução clínica. Desde o ano de 2013 o Ministério da Saúde também recomenda que todos os indivíduos infectados iniciem o tratamento, independente da contagem de células TCD4⁺ (BRASIL, 2015; ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2018).

Esta conquista de acesso ao uso da TARV pelas pessoas que vivem com HIV merece destaque, uma vez que, no mundo, registra-se que 21,7 milhões de pessoas estavam acessando a terapia em 2017, um aumento de 2,3 milhões desde 2016. Na América Latina, a cobertura do tratamento em 2017 foi de 61% entre todas as pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2018).

As políticas globais de saúde têm-se centrado na rápida expansão do tratamento da terapia antirretroviral para controlar a epidemia. (DE NEVE *et al.*, 2018). Acompanhando esse avanço, várias metas importantes também foram anunciadas, a exemplo das metas 90-90-90, estabelecidas durante a Conferência Anual sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI) realizada em Seattle (EUA) em fevereiro de 2017, que prevê, até o ano de 2020, que 90% de todas as pessoas vivendo com o HIV saibam que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral; e 90% das pessoas recebendo

tratamento possuam carga viral indetectável e não mais possam transmitir o vírus (UNAIDS, 2017).

Esforços para alcançar essas metas devem aumentar gradativamente o número de pessoas em uso de TARV no Brasil, o que necessitará de uma resposta do Sistema Único de Saúde. Na atualidade, a referida terapia é ofertada em cerca de 971 centros do SUS com diferentes capacidades e conformações institucionais (VALE *et al.*, 2018).

Embora o atendimento dessas metas seja desafiador para os gestores, há de se considerar que são realizáveis e exigem o engajamento contínuo das pessoas diagnosticadas com HIV que iniciaram o tratamento. Pessoas que vivem com o vírus podem, no entanto, ser perdidas em qualquer fase do *continuum* de cuidados, apresentando obstáculos para a retenção em programas de cuidado com o HIV (KIPLAGAT *et al.*, 2018).

A retenção é definida como a participação ativa nos cuidados, portanto, é vital para a prevenção de novas infecções, na redução da morbidade e mortalidade e para alcançar a supressão viral, sendo também um indicador na qualidade da prestação de serviços (KIPLAGAT *et al.*, 2018).

Para pessoas que vivem com HIV, a sustentação da supressão viral é o objetivo primário do tratamento antirretroviral, pois diminui a probabilidade de transmissão sexual e perinatal do HIV, reconstitui a imunidade e reduz a mortalidade associada ao vírus. Pessoas que vivem com o HIV e em uso da TARV podem esperar uma expectativa de vida semelhante à de pessoas que vivem sem o vírus, além de serem capazes de alcançar a supressão viral, caracterizando-a como uma doença crônica e gerenciável (PALMER *et al.*, 2018).

A TARV uma vez iniciada não pode ser interrompida, a finalidade é diminuir a níveis indetectáveis a carga viral (CV), isto é, o HIV circulante no sangue (BECK *et al.*, 2017). Sendo assim, a adesão à TARV torna-se crucial para alcançar e manter a supressão virológica, prevenir o desenvolvimento da resistência e, assim, melhorar a saúde geral, a qualidade de vida e a sobrevivência de pacientes com HIV (DUNN *et al.*, 2018).

Os benefícios ocasionados pelo uso da TARV por indivíduos com HIV são indiscutíveis, uma vez que a aids tornou-se uma doença crônica devido aos avanços na terapêutica, caracterizada pela elevação significativa da expectativa de vida das pessoas acometidas. Devido aos progressos tecnológicos pode-se observar a redução no número de comprimidos diários, a exemplo da associação de medicamentos, ocasionando a facilitação da adesão ao tratamento (GALVÃO *et al.*, 2015).

O uso regular e disciplinado dos ARVs contribuiu amplamente para minimizar os sinais e sintomas da doença, melhorando a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem com o

vírus. O sucesso do uso da terapia é influenciado diretamente pela manutenção de rotinas, como a sua ingestão correta e contínua por longos períodos de tempo, embora existam dificuldades quanto à adesão. Diante disto, o assentimento à TARV apresenta-se como uma importante estratégia contra a evolução e a mortalidade pelo HIV. (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014; GALVÃO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, o período crítico na adesão são os primeiros seis meses, em que o indivíduo está em processo de experiência no tratamento (FORESTO *et al.*, 2017). A maioria dos estudos que abordam esse contexto enfatizam problemas relacionados quanto ao esquema, doses e horários (PASCHOAL *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; FORESTO *et al.*, 2017).

O êxito da TARV depende do diagnóstico oportuno, tratamento apropriado e alta adesão do paciente aos esquemas terapêuticos (VALE *et al.*, 2018), além do comprometimento e retornos ao serviço de saúde, o que torna importante que a pessoa que vive com HIV encontre uma rede de apoio na religiosidade/espiritualidade, na família e nos serviços de saúde, principalmente nesse período, uma vez que os efeitos colaterais podem afetar na capacidade do indivíduo de exercer suas atividades diárias (FORESTO *et al.*, 2017).

A baixa adesão pode contribuir para explicar o aumento no uso de esquemas terapêuticos de resgate devido ao desenvolvimento da resistência viral aos esquemas iniciais (SILVA *et al.*, 2015; TEGEGNE; NDLOVU; ZEWOTIR, 2018).

Portanto, se faz necessário sustentar um elevado nível de adesão à terapia medicamentosa para alcançar os objetivos desejados, como a melhora dos resultados clínicos e imunológicos, redução dos riscos de desenvolvimento de resistência às drogas e redução do risco de transmissão do HIV (CARVALHO, 2014).

Entretanto, não há uniformidade de critérios para a adesão aos antirretrovirais, sendo considerados vários tipos de métodos e de definições de categorias de adesão. Essa adesão pode ser aferida por método direto e indireto. O método direto é denominado de *Directly Observed Therapy* – DOT, que se refere a observar os níveis séricos dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabólitos. Trata-se de um método de alto custo e que mede a adesão recente, porém é a única forma de se avaliar diretamente a quantidade ingerida dos medicamentos. No método indireto, a adesão é avaliada por meio de entrevistas, autorrelato do paciente, registros da farmácia e contagem de pílulas (SILVA *et al.*, 2015).

No Brasil, as estratégias empregadas para medir a adesão à TARV comumente são inespecíficas e dependem da iniciativa individual dos profissionais. Frequentemente, apenas o desfecho clínico é monitorado medindo-se a carga viral, fato este que não permite investigar

quais os obstáculos que podem estar ocorrendo na utilização da medicação (VALE *et al.*, 2018).

A análise dos resultados de intervenções voltadas para a melhoria da adesão é dificultada pela inexistência de um mecanismo padronizado, o que impede o acompanhamento rotineiro e homogêneo das taxas de adesão nos centros de saúde. A medicação ofertada é acompanhada pelo Sistema de Controle de Medicação Logística (SICLOM), que é um sistema predominantemente operacional e nem sempre visa ao monitoramento da adesão (VALE *et al.*, 2018).

Diante dessa conjuntura, é imprescindível tratar a adesão do ponto de vista programático, além do acompanhamento essencial no seguimento clínico individual. Para as equipes de saúde, o monitoramento da taxa de adesão dos pacientes mede a qualidade da assistência, ou seja, também é um informativo do desempenho dos centros de saúde, servindo desta forma como um indicador do resultado das intervenções voltadas para a promoção da adesão (VALE *et al.*, 2018).

Muito embora existam avanços relevantes na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e aids, ainda permanece complicado o seguimento adequado da TARV e dos efeitos decorrentes do seu uso prolongado e ininterrupto, considerando, além disso, outros aspectos, a exemplo do envelhecimento, assim como a existência de evidências limitadas no que tange à adesão entre algumas populações mais vulneráveis (PICELLI; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

A cronicidade da aids através da adesão do tratamento traz consigo uma ressignificação do viver, aceitação, adaptação, oportunizando a inclusão social, os relacionamentos afetivos e sexuais, aumentando assim a qualidade de vida e perspectivas ao tratamento frente à infecção pelo HIV (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Atualmente, ainda não há um acordo sobre uma definição única para o conceito de adesão à terapêutica. É comum encontrar na literatura conceitos de que a adesão é definida como a magnitude em que o comportamento do paciente corresponde com as instruções clínicas dadas. Entretanto, críticos argumentam que essa definição confere um papel paternalista e coercitivo à equipe médica, limitando a possibilidade de que o paciente assuma um comportamento mais relevante frente ao tratamento (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

Estudos revelam que uma das definições mais aceitas é a sugerida por DiMateo e DiNicola, que conceituam a adesão como um envolvimento ativo e de colaboração voluntária num comportamento aceito por mútuo acordo, no intuito de acarretar um resultado preventivo ou terapêutico desejado (ORTIZ; ORTIZ, 2007; CARDONA-DUQUE, 2017; DIMATEO; DINICOLA, 1982).

Nesse sentido, o paciente deve aderir a um plano que ele aceitou e concordou com o médico e no qual supostamente participou da sua elaboração, onde essa definição tem a virtude de garantir maior participação do paciente na tomada de decisões que afetam a sua própria saúde (ORTIZ; ORTIZ, 2007). Deste modo, para que o tratamento seja efetivo são necessários o comprometimento da pessoa e apoio dos cuidadores e da equipe responsável pela condução terapêutica (BECK *et al.*, 2017).

O controle da doença demanda acompanhamento clínico permanente e uso contínuo de antirretrovirais, sendo a adesão imprescindível nesse processo para o sucesso do tratamento (MORAES *et al.*, 2018). Entretanto, diversos fatores interferem numa adesão adequada para efetivar a ação dos ARVs, o pouco conhecimento ou a falta de informação a respeito do uso deles e dos riscos advindos de uma não adesão destacam-se como sendo variáveis significantes (MORAES *et al.*, 2018).

A não adesão à medicação é definida como a maneira pela qual os pacientes tomam as medicações, além das prescrições feitas pelos prestadores de cuidados em saúde. Tem uma prevalência média de 50%, sendo um sério obstáculo para o tratamento de doenças crônicas (NÁFRÁDI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017). A adesão incorreta aos tratamentos é frequentemente evidenciada em tratamentos de longo prazo e, em geral, em qualquer tratamento que requeira a autoadministração das drogas (KNOBEL; GUELAR, 2004).

Nesse contexto, num cenário de exposição à vulnerabilidade de não adaptação à terapia, aspectos como a depressão, estresse psicológico, além dos efeitos adversos que as medicações causam nos pacientes são fatores que podem ser revertidos pelos profissionais da área de saúde responsáveis pela dispensação e monitoramento da terapia (MORAES *et al.*, 2018).

Antes de iniciar o tratamento, o paciente deve estar preparado nos três níveis de resposta humana: cognitiva, comportamental e emocional. Sendo assim, a primeira regra para iniciar um tratamento é que tanto o profissional de saúde como o paciente devem estar convencidos de que podem seguir o tratamento dado (KNOBEL; GUELAR, 2004).

Em segundo lugar, o paciente deve ter informações, e isso basicamente significa saber: por que deve iniciar o tratamento, o que significa a contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral, modo de ação do tratamento, o que esse tratamento representa na vida cotidiana, a importância de seguir fielmente a posologia, duração indefinida, riscos que supõem não iniciar, risco de adesão inadequada (criação de resistências e falha terapêutica) (KNOBEL; GUELAR, 2004).

Uma vez que o paciente acredita que é um bom momento para começar terapia, é essencial que ele saiba em detalhes o tratamento prescrito: nome dos medicamentos, número de ingestões, intervalos de dosagem, necessidades alimentares, interações e efeitos secundários. É importante que a informação seja fornecida oralmente e por escrito, de uma forma clara e compreensível (KNOBEL; GUELAR, 2004).

Como agentes promotores de saúde, os profissionais da área devem estimular a emancipação do sujeito que faz uso da TARV, conduzindo saberes de forma clara para que as pessoas que vivem com HIV decidam sobre mudanças de atitudes e comportamentos necessários para melhorar a qualidade de vida, através da promoção de condutas ativas e participativas, sendo condição básica para a progressão do tratamento (MORAES *et al.*, 2018).

Ainda, fatores como a relação médico-paciente, sistemas de cuidados em saúde, tipos de medicações e características pessoais tais como educação em saúde e crenças de medicação influenciam na adesão. Um dos fatores também relacionados ao paciente é o empoderamento, que pode ser concebido como uma disposição pessoal, uma força de ativação que motiva algumas pessoas a gerir o seu comportamento de saúde e sua doença em suas próprias mãos (NÁFRÁDI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017).

O empoderamento do paciente tem sido associado com saúde positiva e uma relação médico-paciente colaborativa pode melhorar esse empoderamento, ou seja, a falta de concordância entre médicos e pacientes pode levar a uma limitação da autonomia e cuidados negociados podem trazer equilíbrio nessa relação. Os médicos, facilitando o engajamento do paciente no processo, podem promover a capacitação e melhores resultados dos pacientes, que incluem uma melhor gestão da doença, uso eficaz dos serviços de saúde, melhor estado de saúde e maior observância de medicação (NÁFRÁDI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017).

Nesse sentido, a associação entre capacitação, comportamento de saúde e resultados clínicos positivos geralmente se baseia no pressuposto de que o paciente com atividade autônoma é benéfico para sua condição de saúde. No entanto, no caso da adesão, este pressuposto não pode assegurar-se sempre como verdadeiro. Pacientes altamente capacitados podem acreditar que eles podem fazer decisões de tratamento mais ou menos por si, sobrepondo a prescrição do médico (NÁFRÁDI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017).

Na literatura está se tornando comum o termo “não adesão inteligente”, referindo-se a pacientes de não adesão intencional com base em razões racionais. Esses pacientes têm o conhecimento necessário e a capacidade de tomar decisões sobre o tratamento médico de

saúde, optando se aderem ou não ao regime da medicação prescrita (NÁFRÁDI; NAKAMOTO; SCHULZ, 2017).

Nesse contexto, Bader *et al.* (2006) define a adesão crítica como a liberdade que os pacientes têm em escolher interromper ou renunciar a uma terapia, com base numa avaliação autônoma.

A dificuldade em concordar com uma definição de adesão única dificulta sua medição e operacionalização. Como conceito comportamental, a adesão implica em ações complexas, emoções e fenômenos que podem não ser diretamente observáveis. Sendo assim, os métodos diretos, como exames de laboratório, são questionados porque medem resultados mais do que o processo da adesão. Geralmente, métodos indiretos como as entrevistas são utilizados, pois têm a vantagem de apresentar a avaliação do próprio paciente sobre sua adesão. A observação do comportamento do paciente geralmente não é relevante, pois é um processo muito complicado e é até impossível acompanhar o paciente ao longo do dia (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

O fenômeno de adesão à terapêutica impõe diversos desafios e que podem ser relacionados nas seguintes áreas: definição do conceito de adesão, avaliação ou mensuração da adesão ao tratamento e intervenção para aumentar a adesão, todos intimamente ligados (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

Nesse cenário, um comportamento favorável de adesão ao tratamento depende de múltiplos fatores, e identificar esses fatores tem relevância para abordar com sucesso as estratégias de intervenção. Esses fatores podem ser relacionados aos pacientes, ao sistema de saúde e ao tratamento. Entre os fatores relacionados ao paciente têm sido investigadas as variáveis sociodemográficas, que, embora sua transcendência seja individual, podem fornecer informações de interesse (KNOBEL; GUEJAR, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Para atender aos objetivos propostos, optou-se pela realização de um estudo descritivo, inferencial, retrospectivo e de natureza quantitativa, com fonte de dados secundários dos usuários registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e prontuário no Serviço de Arquivos Médicos (SAME).

A escolha desse tipo de estudo justificou-se pela necessidade de descrever o padrão da ocorrência da adesão à TARV, visto que, em estudos descritivos, se retratam a frequência com que um fenômeno ocorre, suas características, relações e conexões com os outros, possibilitando à pesquisa de base documental estudar o passado (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um serviço hospitalar de natureza pública, da rede de atenção à saúde, localizado no Município de João Pessoa, considerado como um serviço de referência na Paraíba para as demandas de pessoas com doenças infecciosas e parasitárias.

Esse complexo hospitalar disponibiliza um Serviço de Assistência Especializada (SAE) que realiza ações de prevenção, diagnóstico e tratamento para usuários com a infecção pelo HIV e conta com uma equipe de saúde multidisciplinar.

3.3 População e amostra

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2014), o uso de amostras representativas da população em investigações se justifica pela economia de tempo e recursos, além da possibilidade de os resultados encontrados poderem ser generalizados e extrapolar a população.

Entretanto, nem sempre, ao se realizar uma investigação, utiliza-se a amostra, sendo assim, para esta pesquisa optou-se pela realização de um estudo de base populacional (N = 109) de idosos com a infecção pelo HIV notificados no Sinan da instituição selecionada, durante o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, visto que o número total de casos

notificados mostrou-se pequeno e a justificativa para usar uma amostra não se sustenta, além da possibilidade de dificultar as análises estatísticas, não atingindo assim os objetivos deste estudo. Desta forma, a pesquisa de base censitária mostrou-se adequada à investigação, sendo possíveis o alcance e exame de todos os elementos da população. A inclusão de usuários notificados do ano de 2013 é justificada devido à instituição do “tratamento para todos” (BRASIL, 2018).

Foi adotado como critério de inclusão: estar em uso da terapia antirretroviral há pelo menos seis meses. Este período se justifica por ser considerado um tempo de adaptação à TARV (FORESTO *et al.*, 2017).

Como critérios de exclusão foram estabelecidos: casos de referência e contrarreferência e idosos em uso de medicamento antirretroviral como medida profilática (Profilaxia Pré-Exposição-PrEP e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV- PEP).

3.4 Definição e seleção dos grupos

Para este estudo foram considerados como aderentes ao uso da TARV os idosos que retiraram medicamento regularmente na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do serviço nos períodos estabelecidos segundo prescrição médica, denominados de Grupo 1 (G1). De acordo com a Nota Informativa nº 03/2018 - COVIG/CGVP/.DIAHV/SVS/MS, o Ministério da Saúde considera como Abandono de Tratamento o caso de pessoas com HIV com mais de 100 dias sem ARVs (BRASIL, 2018). Entretanto, um vez que o registro no Siclom sobre a retirada de ARVs na UDM é mensal, o que propicia uma visualização mais compreensível do sistema de dispensação e confere possibilidades de um acompanhamento mais favorável do usuário quanto à adesão, este estudo considerou como abandono os casos sem registro de dispensação dos medicamentos durante um período superior a 90 dias consecutivos, sendo identificados no estudo como Grupo 2 (G2).

Diante disso, faz-se essencial esclarecer que, para as situações em que usuários necessitem fazer a retirada da medicação para mais de um mês, deve ser informada e comprovada na UDM a justificativa da circunstância, ficando a cargo do farmacêutico responsável pelo setor a sua liberação, considerando também o estoque de medicação disponível. Com relação às solicitações excepcionais de dispensação de ARVs para períodos superiores a 90 dias, devem-se seguir as recomendações da Nota Informativa nº 55/2018-CGAE/.DIAHV/SVS/MS para apresentar os requisitos mínimos, sendo o prazo máximo de dispensa de ARVs para até 180 dias.

Essas recomendações têm como objetivos as seguintes necessidades: assegurar a continuidade dos tratamentos de todas as pessoas vivendo com HIV; padronizar o atendimento nos serviços de saúde de forma a não prejudicar o planejamento e comprometer os estoques; e estabelecer os mesmos critérios de atendimento em todos os serviços públicos de saúde. Sendo assim, caso o usuário use este recurso, ficará registrada no Siclom a dispensa de medicamentos para mais meses, não sendo contabilizados os meses em hiato no sistema.

Diante disso, foi considerada a perda de 50 usuários no estudo, conforme as seguintes situações identificadas: cinco usuários, visto que encontravam-se repetidos na lista de notificação do Sinan, disponibilizada pela Vigilância Epidemiológica; quatro usuários listados que não eram idosos; 17 usuários transferidos (casos de referência e contrarreferência); oito usuários que evoluíram para o óbito antes de iniciar a TARV; 13 usuários que iniciaram a TARV (receberam o diagnóstico e imediatamente ficaram hospitalizados, recebendo a TARV durante a internação), contudo evoluíram para o óbito antes do cadastro no Siclom; três usuários registrados no SICLOM, mas que evoluíram para o óbito logo após o cadastro, deste modo, não fizeram retirada da TARV na UDM.

Sendo assim, estiveram aptos ao estudo 59 usuários registrados no SICLOM e com início de retirada dos ARVs na UDM. Pelo fato de atender uma demanda de usuários notificados até dezembro de 2017, verificou-se a necessidade de acompanhamento da retirada dos ARVs na UDM até outubro de 2018, uma vez que corresponde ao período de coleta de dados no referido setor.

3.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para a coleta de dados inicialmente foram elaborados dois instrumentos. O primeiro contemplando dados sobre a dispensação de ARVs registrados no Siclom (APÊNDICE A), e o segundo trata sobre os dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais registrados nos prontuários (APÊNDICE B). Os dados foram coletados durante o período de setembro a novembro de 2018, após a anuência do gestor do serviço de saúde.

Para iniciar o procedimento de coleta de dados foi solicitada uma relação dos usuários notificados no Sinan, durante o período estabelecido no presente estudo. De posse dessa lista foi disponibilizado o acesso ao SICLOM e, com a assistência e supervisão de um funcionário do setor, foram coletados e registrados os dados no instrumento da retirada dos ARVs pelos

usuários, além disso, identificaram-se aqueles idosos que foram considerados como o grupo que adere (G1) e que não adere (G2) à TARV.

Em seguida foram solicitados os prontuários dos usuários ao SAME para a coleta de dados referentes às variáveis sociodemográficas (nº do prontuário, data de nascimento, sexo, raça, escolaridade, ocupação/profissão, estado civil, religião, orientação sexual, tabagista, etilista, uso de drogas ilícitas, município de residência, óbito, data do óbito); dados clínicos e laboratoriais (data do diagnóstico, início da TARV, comorbidades, uso de medicação psiquiátrica, coinfeções, doenças oportunistas, carga viral e contagem de TCD4+ no momento do diagnóstico, penúltima e última contagens, reações adversas, mudança de esquema terapêutico) (APÊNDICE B).

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* versão 2013 para Windows e, posteriormente, exportados e processados através do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 20.0 e com a utilização do *Software R*, empregando a estatística descritiva e inferencial.

Os dados foram analisados determinando inicialmente a taxa de adesão à terapia antirretroviral, considerando a concepção de adesão adotada neste estudo, e a associação com as variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo aplicado também o teste exato de Fisher para as comparações.

Para estimar a probabilidade de adesão à TARV por idosos considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi utilizado o modelo *Weight of Evidence* (WoE), um modelo de classificação binária que avalia o peso da evidência de cada variável ou fator, sendo utilizados também o modelo de Regressão de Contagem Poisson ou Binomial Negativa. Após identificar os fatores de maior peso pelo WoE, foi construído o modelo de árvore de decisão, usando o programa SPSS, empregando-se o *Chi-Squared Automatic Interaction Detection* (CHAID), considerado de fácil utilização e de melhor medida de qualidade. Para a análise de agrupamento, foi utilizado o método do agrupamento hierárquico de ligação média com medida de distância euclidiana com valores padronizados.

Ainda, em relação à verificação da associação do uso da TARV com a contagem de carga viral e células TCD4+, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as comparações. Para determinar o comportamento ao longo do tempo da não adesão optou-se

pela utilização da Curva de Sobrevida Kaplan-Meier (KLEINBAUM, 1996; MOORE, 2016).

Para todos os testes estatísticos foi adotado nível de significância de 5%, ou seja, se o valor-p associado à estatística do teste apresentou valor menor ou igual a 0,05, rejeita-se a hipótese nula deste teste.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFPB conforme o Parecer 2.924.727, CAAE 95920618.9.0000.5188 (ANEXO A).

Durante a realização do estudo foram observados os aspectos éticos que normatizam as pesquisas que envolvem seres humanos dispostos na Resolução nº 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente quanto ao sigilo e à confidencialidade das informações (BRASIL, 2012).

No estudo houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a coleta de dados ocorreu em fonte secundária e foi inviável a localização dos participantes para obtenção do consentimento.

Vale salientar que toda pesquisa que envolve seres humanos oferece riscos, porém o referido estudo oferece risco mínimo, uma vez que os pesquisadores garantem e se comprometem quanto ao anonimato/privacidade dos registros nas bases de dados.

Destaca-se ainda que o risco mínimo se justifica pela importância do benefício esperado, haja vista que essas pesquisas podem oferecer contribuições à sociedade e à comunidade científica na medida em que possibilitam a construção de estratégias para a adesão de idosos ao tratamento de seguimento clínico da infecção pelo HIV.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora um consenso na definição de adesão ao tratamento ainda não tenha sido alcançado (também conhecido como cooperação ou adesão à terapêutica), ele é geralmente entendido como um problema complexo e multifatorial, onde os fatores comportamentais e subjetivos desempenham um papel importante, e que transcende o seguimento das instruções terapêuticas (CARDONA-DUQUE *et al.*, 2017).

Diversos pesquisadores consideram a definição de que a adesão é um processo ativo de colaboração voluntária estabelecido entre o paciente e os profissionais de saúde que resulte em comportamentos mutuamente acordados, com o objetivo de gerar o efeito terapêutico desejado (MARTÍN-AFONSO; GRAU-ABALO, 2004; KNOBEL; GUELAR, 2004; ORTIZ M; ORTIZ E, 2007; CARDONA-DUQUE, 2017).

Um grande problema para os idosos que necessitam utilizar medicamentos de forma contínua para tratar condições crônicas, dentre elas o HIV, está relacionado à adesão ao tratamento (GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016). Sendo assim, para este estudo a análise dos dados permitiu verificar que, dos 59 idosos em uso da TARV durante o período de 2013 a 2017, a taxa de adesão (G1) foi 67,2% (39), aproximadamente o dobro da não adesão (G2), que corresponde a 32,8% (19), significando que a cada 100 idosos aproximadamente 33 abandonaram o tratamento.

A taxa de adesão apresentada nesta pesquisa mostrou-se abaixo do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, que é de 95% e 80%, respectivamente. A baixa taxa de adesão evidenciada corrobora com a necessidade de ações preventivas do abandono nesta população, visto que a adesão inadequada favorece o desenvolvimento de resistências, comprometendo o futuro do paciente e da comunidade ao transmitir cepas resistentes (KNOBEL; GUELAR, 2004).

O monitoramento na dispensação de ARVs torna-se importante por identificar pacientes com retirada irregular desses medicamentos na farmácia, embora, como outros métodos de avaliação da adesão, traga problemas de acurácia. A interpretação dos dados sobre a dispensação dos ARVs apenas sugere adesão ou não adesão, pois não há como garantir que, mesmo de posse do medicamento, o paciente tenha tomado regularmente ou conforme prescrito (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Entretanto, Reis *et al.* (2010) discorrem que o comportamento voluntário de ir à farmácia do hospital, uma vez que a entrega das medicações é feita mensalmente, reflete a intenção por parte do indivíduo para assumir um comportamento de adesão.

A adesão ao tratamento prescrito é essencial para o sucesso terapêutico das pessoas idosas e componente importante da atenção à saúde, visto que a não adesão aos medicamentos prescritos aumenta a probabilidade de fracasso terapêutico e de complicações evitáveis, o que conduz a um maior gasto pelo sistema de saúde devido ao também superior número de consultas e de internações hospitalares, como também eleva a prevalência de incapacidade. (GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016).

Sendo assim, a não adesão à terapêutica medicamentosa pelo idoso envolve risco potencialmente negativo para sua saúde, podendo afetar não só a sua vida, mas de sua família, da comunidade e da sociedade (GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016).

Um estudo de revisão integrativa brasileira evidenciou que, como fatores que influenciaram a não adesão à TARV, estavam a rigidez das horas para se tomar a medicação, ter que acordar cedo, atrasar a ingestão, perda de doses, uso de comprimidos em jejum, exigindo assim que o paciente seja organizado e comprometido. Concluiu também que os pacientes em adesão apresentaram um maior repertório de estratégias para lembrar a medicação e contornar as dificuldades encontradas, sugerindo um papel mais ativo no seu tratamento (SILVA; TAVARES, 2015).

Ainda, deve-se levar em conta que idosos infectados com o HIV estão expostos a alguns aspectos que podem dificultar a adesão, além da adaptação dos horários tem-se a percepção sobre os efeitos adversos, as dificuldades na identificação dos medicamentos, podendo ainda os idosos se depararem com a omissão de doses de medicamentos em consequência de alterações recentes de memória, fator que, apesar de fazer parte das mudanças esperadas nesse estágio, também pode ser significativamente afetado como consequência da infecção (FERNANDEZ-SILVA; LOPEZ-ANDRADE; JARA, 2018).

Se um paciente não cumpre com as indicações torna-se impossível estimar o efeito do tratamento, o que, por sua vez, pode contribuir para prolongar a terapia e perpetuar doenças ou problemas de saúde, podendo levar até a morte. Consequentemente, há um maior custo econômico para o Estado, tanto em assuntos relacionados à perda de produtividade, como em custos relacionados à reabilitação e invalidez (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

Nesse cenário, a falta de adesão ao tratamento leva a problemas de saúde, sociais, pessoais e econômicos, gerando mais risco à saúde, menor qualidade de vida, maiores taxas de estresse, além de gerar um aumento na demanda por recursos farmacêuticos (CORDONA-DUQUE, 2017).

Dessa forma, a adesão à terapêutica é afetada quando o tratamento da doença consiste em um padrão complexo de comportamentos e invade diferentes aspectos do paciente. Sendo

assim, a seguinte relação pode ser estabelecida: quanto maior a complexidade do tratamento, menor adesão à terapêutica (ORTIZ; ORTIZ, 2007).

Por envolver os diversos contextos físicos, sociais, comportamentais, culturais e psicológicos que compreendem os usuários, as variáveis sociodemográficas podem afetar diretamente as chances de adesão do paciente (FARIA *et al.*, 2014).

Sendo assim, em relação à caracterização sociodemográfica dos idosos verificou-se que, no que diz respeito à variável sexo, os homens representaram a maioria nos dois grupos (G1 e G2), assim como a faixa etária de 60 a 65 anos, que também foi predominante em ambos os grupos. Em relação ao estado civil, o G1 obteve maior presença de casados, com 46,2% (18), enquanto que no G2 o estado civil predominante foi o solteiro com 42,1% (oito). Quanto à escolaridade, o ensino fundamental foi mais frequente em ambos os grupos, entretanto no G2 ocorreu equivalência entre analfabetos e ensino fundamental. Na variável religião houve elevada ocorrência de pessoas com esta variável ignorada. A maior demanda de usuários teve a procedência geográfica do interior, também em ambos os grupos. Com respeito à orientação sexual há maior proporção de pessoas heterossexuais, tanto no G1 quanto no G2, conforme dados expostos na Tabela 1:

Tabela 1: Medidas descritivas das características sociodemográficas de idosos em uso de TARV, categorizados em grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Variável	Categorias	G1 (N = 39)		G2 (N =19)	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	31	79,5	14	73,7
	Feminino	8	20,5	5	26,3
Faixa etária	60 a 65	23	59,0	12	63,2
	Mais de 65	16	41,0	7	36,8
Estado civil	Solteiro	11	28,2	8	42,1
	Casado/União estável	18	46,2	5	26,3
	Separado	5	12,8	2	10,5
	Viúvo	5	12,8	4	21,1
Escolaridade	Analfabeto	12	30,8	8	42,1
	Fundamental	19	48,7	8	42,1
	Médio	3	7,7	2	10,5
	Superior	5	12,8	1	5,3
Religião					

Raça	Católica	3	7,7	0	0,0
	Evangélica	0	0,0	1	5,3
	Outras	1	2,6	0	0,0
	Ignorada	35	89,7	18	94,7
Procedência geográfica	Branca	7	17,9	3	15,8
	Preta	8	20,5	4	21,1
	Parda	18	46,2	11	57,8
	Ignorada	6	15,4	1	5,3
Orientação sexual	Capital	18	46,2	5	26,3
	Interior	21	53,8	14	73,7
Tabagista	Homossexual	3	7,7	4	21,1
	Heterossexual	22	56,4	9	47,3
	Bissexual	2	5,1	1	5,3
	Ignorado	12	30,8	6	26,3
Etilista	Sim	9	23,1	7	36,8
	Não	26	66,6	9	47,4
	Ignorado	4	10,3	3	15,8
Drogas ilícitas	Sim	10	25,6	5	26,3
	Não	23	59,0	11	57,9
	Ignorado	6	15,4	3	15,8
	Sim	2	5,1	0	0,0
	Não	26	66,7	11	57,9
	Ignorado	11	28,2	8	42,1

Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Neste estudo a caracterização sociodemográfica de indivíduos idosos em relação à variável sexo é similar a diversas pesquisas realizadas com esta população no Brasil (SERRA *et al.*, 2013; OKUNO *et al.*, 2014; AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; ALENCAR; CIOSAK, 2016; CALIARI *et al.*, 2018; MAIA *et al.*, 2018), e esses números confirmam o predomínio de idosos do sexo masculino junto aos dados de notificação no país, com o HIV (BRASIL, 2018).

Nota-se, portanto, um maior número de casos em indivíduos do sexo masculino, caracterizando-os como o segmento predominante e provavelmente o “polo difusor” da epidemia (MAIA *et al.*, 2018). Entretanto, faz-se importante ressaltar que a diferença na relação homens/mulheres vem diminuindo (SILVA *et al.*, 2018).

Ainda, nesse contexto, o sexo masculino é o mais acometido pela doença, pois carrega o estigma de sexo forte, preocupa-se menos com a saúde em comparação as mulheres, bem como pode apresentar um maior número de relações extraconjugais (LEITE, 2016).

No decorrer dos anos, as mulheres foram se contaminando através de seus maridos, parceiros e/ou companheiros, pois anteriormente acreditava-se que para contrair o HIV era necessário pertencer a algum grupo de risco, que incluía homens que faziam sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo/promiscuidade e hemofílicos (LEITE, 2016). Uma meta-análise realizada na Coreia evidenciou o sexo feminino como um fator de risco e tendo 1,5 maior incidência para a não adesão (KIM *et al.*, 2018).

Neste estudo, em relação à faixa etária, em ambos os grupos (G1 e G2) houve a predominância de idosos na faixa etária de 60 a 65 anos, dado que corrobora um estudo realizado no Maranhão, Brasil (SERRA *et al.*, 2013). Entretanto, segundo dados do IBGE (2017), há um predomínio de idosos acima de 65 anos, e entre todas as faixas etárias a maioria é de mulheres. Sendo assim, a superioridade de idosos entre 60 e 65 anos infectados com HIV pode estar relacionada ao fato de haver o predomínio de homens neste estudo, apesar de as mulheres serem maioria na população idosa no país, além disso, os homens são em maior número no total de idosos infectados.

Dessa forma, esse dado vem desmistificar a concepção errônea de que não existe atividade sexual na terceira idade. Não há razões para se pensar que o desejo sexual e os projetos de vida se esgotem com a velhice, pois há desejos em qualquer idade (LEITE, 2016).

Portanto, esse fato demonstra a necessidade de mudar a ideia de que os idosos são sexualmente inativos, e, por não compreendê-los como vulneráveis para o HIV, essa concepção contribui expressamente para o aumento no número de casos e para a falta de estratégias que possam favorecer uma mudança desse paradigma (SILVA *et al.*, 2018).

Um aspecto ignorado no desenvolvimento de políticas públicas, que geralmente são destinada aos jovens, é a possibilidade de infecção pelo vírus na população idosa, e essa perspectiva associa-se ao fato de que muitos idosos não usam preservativo, principalmente entre mulheres climatéricas e hysterectomizadas, pois não podem engravidar (SILVA *et al.*, 2018).

Ainda, em relação à faixa etária, mesmo com a compreensão da existência da atividade sexual após os 60 anos, pode-se inferir que a população estudada pode ter se infectado antes dos 60 anos, visto que podem ocorrer de 5 a 10 anos até a efetiva notificação (MAIA *et al.*, 2018).

No que diz respeito ao estado civil, o grupo de adesão obteve um maior número de idosos casados, e é coerente com os dados de um estudo realizado no Ceará, Brasil que avaliou a série histórica de notificação. Decorrente do grande número de idosos casados infectados pelo HIV, fazem-se necessárias ações para informação e prevenção da doença dirigidas aos idosos, visto que o uso de preservativos entre o grupo é baixo, seja pela incompreensão da necessidade de uso, ou a baixa percepção de risco motivada pela confiança do relacionamento estável e possibilidade de que o pedido do uso gere suspeitas de infidelidade (MAIA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é provável que indivíduos casados apresentem melhor suporte social e apoio, o que afeta positivamente o estado geral (CALIARI *et al.*, 2018). Estudo realizado no Paraná, Brasil evidenciou que indivíduos casados recebem um melhor suporte social decorrente de mais apoio em questões emocionais, domésticas e operacionais do tratamento, representando a segurança de que há pessoas a quem o usuário pode recorrer quando necessitar, no meio familiar e social. Sendo assim, a presença de suporte e apoio social favorece o enfrentamento da infecção e a realização do tratamento, incluindo maior chance de adesão (LENZI *et al.*, 2018).

No grupo de não adesão houve o predomínio de idosos solteiros. Estudo realizado no Estado de São Paulo, Brasil, com 201 idosos, também identificou o predomínio desse estado civil (OKUNO *et al.*, 2014).

No tocante à escolaridade, o nível desta variável foi baixo nos idosos investigados em ambos os grupos. Esse resultado encontra similaridade com os dados de diversos estudos nacionais (OKUNO *et al.*, 2014; AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; LEITE, 2016; MAIA *et al.*, 2018) e internacional (CORDONA-DUQUE, 2017).

O grupo de não adesão apresentou um alto índice de analfabetismo (42,1%) e observa-se que, à medida que aumenta a escolaridade, há uma diminuição na porcentagem de idosos neste grupo. Nesse sentido, faz-se importante evidenciar que a maioria da população não alfabetizada no Brasil é composta por pessoas de idade mais avançada e, segundo dados do IBGE (2017), o índice de analfabetismo entre idosos continua alarmante, com taxa de detecção de 19,3% no total, e o Nordeste apresentando a maior taxa entre as regiões, com 38,6%.

Considerando-se o acesso à educação formal como a possibilidade de ter contato com o conhecimento científico, o analfabetismo torna-se um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social (PERES, 2011). Tal fato remete a uma reflexão a respeito das

estratégias de prevenção e das campanhas educativas, que devem ser claras e adaptadas ao nível de compreensão das pessoas com menos instrução formal (MAIA *et al.*, 2018).

A baixa escolaridade eleva a possibilidade de aquisição do HIV, já que se observa que, quanto menor a instrução, menor é a prevenção em relação à doença, estando esse achado relacionado ao fato de que indivíduos com maior grau de escolaridade possuem mais acesso à informação (MAIA *et al.*, 2018).

Pessoas com baixa escolaridade tendem a assimilar as informações de forma inadequada, tornando deficiente a apreensão do conhecimento sobre a doença e expondo os indivíduos nessa condição a serem mais vulneráveis ao HIV (ALENCAR; CIOSEK, 2016).

O grau de escolaridade afeta de modo direto no desenvolvimento de uma consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito, na prática do autocuidado (OKUNO *et al.*, 2014), sendo, portanto, um fator que pode dificultar na adesão ao tratamento e na compreensão da cadeia de transmissão (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Um fator que tem relação direta com a adesão aos medicamentos é o Letramento Funcional em Saúde (LFS). O LFS é a capacidade cognitiva de compreender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde, de modo que uma pessoa com um grau de alfabetização satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de alfabetização limitado. O baixo LFS é uma importante causa de não adesão aos medicamentos em idosos, podendo ter dificuldades para interpretar ou não entender as instruções para tomar os medicamentos (MARTINS *et al.*, 2017).

Sendo assim, faz-se importante ponderar que a baixa escolaridade pode contribuir para uma baixa compreensão da doença, ainda que o indivíduo receba informações corretas e de fontes fidedignas (MAIA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, uma escolaridade elevada geralmente é associada com boa adesão, existindo correlação entre elevada escolarização e acesso às informações (FORESTO *et al.*, 2017), o que pode justificar uma presença maior de idosos com mais escolaridade no grupo de adesão.

No que concerne à categoria religião, este estudo identificou que não havia o registro, em sua maior parte, desta variável nos prontuários. Faz-se essencial evidenciar o aspecto religioso para reduzir a vulnerabilidade ao HIV, visto que as crenças religiosas surgem como um tema relevante para modificar o comportamento da pessoa idosa, a exemplo da influência na construção de conhecimentos ligados à saúde e na adoção de medidas comportamentais, incluindo os cuidados corporais (COSTA *et al.*, 2018a).

Muitas vezes a ausência do preservativo é influenciada pelo aspecto religioso, considerando que algumas práticas religiosas não permitem a sua utilização e, quando se trata da mulher idosa, essa situação pode tornar-se preocupante devido ao ensino religioso construído ao longo da vida, ligado a desigualdades de gênero e à imaginação de um casamento estável (COSTA *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada em Teresina/PI, Brasil, evidenciou que os participantes que exercitavam a espiritualidade alcançaram maior enfretamento à condição sorológica, melhorando a saúde e qualidade de vida, ajudando, desta forma, as pessoas que vivem com o HIV a lidar com estresse proveniente do estigma e práticas discriminatórias (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Ainda, em um estudo realizado no Ceará, Brasil, registrou-se a aids como uma doença que desperta ou não altera as crenças religiosas de quem está acometido, aproximando a pessoa de Deus e aos dogmas. Como as crenças religiosas são produtoras de sentido, a maior parte dos brasileiros acredita na ação do sagrado sobre a prevenção e cura de doenças (COSTA *et al.*, 2018a).

Dessa forma, os idosos muitas vezes buscam em Deus a força para enfrentar os problemas, frustrações e dificuldades frente a doenças, como o HIV (COSTA *et al.*, 2015). Entretanto, no que tange à influência da religião na adesão ao tratamento, estudos vão de encontro a essas afirmações e evidenciaram que não houve significância estatística desta variável na adesão à TARV (FERNANDES *et al.*, 2017; LIMA; MORAES; MELO, 2017).

Nesse contexto, o risco de divulgação da condição sorológica pode reforçar o HIV como pecado, aumentando a culpa pela infecção e gerando um sentimento de revolta com a condição sorológica, acarretando o afastamento de muitas pessoas da participação religiosa por acreditarem que a doença é um castigo divino (CALIARI *et al.*, 2018).

De um modo geral, o que se pode observar é que as pessoas que são portadoras do vírus HIV são capazes de criar mecanismos de fortalecimento da personalidade diante das adversidades causadas pela doença, apesar da desordem e desestruturação que o diagnóstico desta doença causa na vida. Nesta perspectiva, a religião é um caminho que favorece, por sua característica de ajudar a ressignificar a vida, colocando em ordem a desordem que é abruptamente trazida pela doença (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Diante disso, chama-se a atenção para a prudência no preenchimento de todas as informações nos prontuários dos pacientes, em especial para a variável em questão, visto que a conhecimento sobre a religião, em especial dos idosos, pode auxiliar para construção de intervenções e comportamentos que auxiliem na adesão.

A raça parda que foi dominante neste estudo, estando em acordo com os dados nacionais (IBGE, 2017), e com outros estudos produzidos no Brasil (SERRA *et al.*, 2013; MAIA *et al.*, 2018), sendo este resultado decorrente da miscigenação e pluralidade de raças que habitam no país, e no Nordeste especialmente (ANDRADE, 2018).

Em relação à procedência geográfica, o resultado deste estudo indica que o maior número de idosos em tratamento para o HIV residia no interior do estado. Sendo assim, podemos verificar um maior compromisso de idosos que residem fora do município com o tratamento, podendo este resultado também ser reflexo do engajamento da equipe de saúde na retenção desses pacientes.

Esse dado corrobora um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, onde os maiores índices da doença na população idosa foram encontrados em torno das grandes cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Indivíduos de grandes centros urbanos com baixo nível socioeconômico geralmente optam por viver em cidades próximas. Portanto, seria de se esperar que as áreas vizinhas das grandes cidades estivessem seguindo a tendência do padrão de doença dos grandes centros urbanos (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Esse achado também pode estar relacionado à questão de acesso ao serviço especializado de saúde, visto que esse serviço se caracteriza como referência no estado. Além disto, a interiorização do HIV envolve vários aspectos, dentre eles, a tendência de propagação da doença dos maiores centros urbanos para outras áreas (RODRIGUES *et al.*, 2015).

No Brasil o tratamento para o HIV é integralmente realizado pelo governo, entretanto, torna-se importante salientar que, para os indivíduos que moram em cidades onde não há o SAE, o tratamento pode ter um maior custo pela necessidade de transporte, corroborando essa ideia um estudo do tipo meta-análise evidenciou que problemas com o transporte levam a custo com o tratamento médico, constituindo-se como barreiras para a adesão (KIM *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o processo de interiorização caracteriza-se por ocorrências irregulares e de pequena magnitude, compreendendo menos de 10% dos casos existentes no país. No Brasil, há de se considerar que a ocorrência de casos em municípios de pequeno porte não implicará, necessariamente, em epidemias que se consolidarão com tempo (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Com relação à categoria orientação sexual, houve maior proporção de idosos heterossexuais em ambos os grupos. Nos últimos anos houve um aumento de casos de contaminação pelo HIV entre os casais heterossexuais por serem o grupo que menos usa o preservativo, uma vez que a estabilidade da relação é vista como garantia de uma atividade

sexual segura, entretanto, não existe vinculação entre sexo seguro e relações estáveis (GARCIA *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, vem ocorrendo um aumento de mulheres idosas, casadas e heterossexuais infectadas pelo vírus HIV por intermédio de seus parceiros (COSTA *et al.*, 2018). Sendo assim, a questão da limitação no poder de negociação das mulheres quanto às práticas sexuais fica evidente, pois o fato de alguns homens não gostarem de usar o preservativo torna-se um imperativo e, em muitos casos, condição para a prática sexual (GARCIA *et al.*, 2015).

Dessa forma, a população heterossexual passou a fazer parte do grupo de exposição para o HIV, sugerindo que o perfil de vulnerabilidade ao vírus não seja formado apenas por homens que fazem sexo com homens, evidenciando que a doença pode se inserir em diferentes contextos e realidades (ANDRADE, 2018).

Nesse cenário, a subestimação do risco pessoal de contágio e as crenças sobre o HIV na terceira idade são consideradas como aspectos que potencializam a vulnerabilidade, especialmente quando essa percepção está associada à informação insuficiente sobre o tema nessa população. Portanto, faz-se necessária a implantação da educação sexual na terceira idade, possibilitando atitudes positivas com consequentes melhoras nas relações afetivas e sexuais (COSTA *et al.*, 2018a).

Quanto ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, verificou-se que tanto o grupo de adesão como o grupo de não adesão, em sua maioria, não fizeram uso destas substâncias. O consumo de substâncias psicoativas apresenta-se como um problema entre as pessoas que vivem com HIV, sendo a adesão melhor em indivíduos que não fazem uso das mesmas (CORDONA-DUQUE *et al.*, 2017).

Apesar de o uso de drogas estar associado com baixa adesão ao tratamento, estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, evidenciou que o uso dessas substâncias provocou um aumento do vínculo dos usuários com o serviço de saúde, visto que muitos profissionais de saúde que assistem estas pessoas envolvem as famílias no tratamento, oferecendo suporte social e psicológico, fortalecendo, assim, a adesão ao tratamento (CALIARI *et al.*, 2018).

Quanto às variáveis clínicas associadas à adesão, pode-se observar que as diferenças encontradas na comparação dos grupos adesão (G1) e não adesão (G2), com a aplicação do teste exato de Fisher, verificou-se uma significância com doenças oportunistas do tipo Toxoplasmose e Candidíase e reações adversas do uso da medicação (Tabela 2).

Tabela 2: Medidas descritivas das variáveis clínicas comorbidade, uso de medicação psicotrópica, coinfeções, doenças oportunistas e reação adversa, de idosos em uso de TARV, referentes aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Características	G1 (N = 39)		G2 (N =19)		Fisher Valor-p
	N	%	N	%	
Comorbidade	23	59,0	12	66,7	0,400
HAS	15	38,5	6	33,3	0,473
DM	5	12,8	6	33,3	0,074
Cardiopata	4	10,3	1	5,6	0,491
Depressão	1	2,6	0	0,0	0,684
Dislipidemia	0	0,0	1	1,1	0,316
Outras	7	17,9	3	16,7	0,612
Nenhuma	15	38,5	6	33,3	0,473
Med. psicotrópica	5	12,8	4	23,5	0,265
Coinfecções	14	35,9	11	61,1	0,079
Tuberculose	3	7,7	4	22,2	0,133
Hepatite A	1	2,6	0	0,0	0,684
Hepatite B	3	7,7	2	11,1	0,509
Sífilis	8	20,5	7	38,9	0,128
HTLV	1	2,6	0	0,0	0,684
Leishmaniose	1	2,6	0	0,0	0,684
Arbovirose	3	7,7	1	5,6	0,625
Nenhuma	22	56,4	6	33,3	0,061
Doenças Oport.	9	23,1	9	50,0	0,296
Toxoplasmose	1	2,6	5	27,8	0,010*
Pneumocistose	1	2,6	0	0,0	0,684
Citomegalica	3	7,9	0	0,0	0,304
Candidíase	6	15,4	7	38,9	0,049*
Nenhum	22	56,4	8	44,4	0,289
Reação adversa	17	44,7	8	42,1	0,039*
Gastrointestinal	4	11,3	1	8,3	0,621
Vômito	2	5,7	0	0,0	0,550
Diarréia	7	20,0	5	41,7	0,298
Insônia	2	5,7	3	25,0	0,097
Outros	9	25,7	5	41,7	0,245
Nenhuma	17	41,6	4	33,3	0,283

Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

*Indica significância estatística.

As comorbidades avaliadas neste estudo, apesar de não apresentarem significância estatística, mostraram correlação com estudos realizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul, onde a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente entre os idosos pesquisados. (OKUNO *et al.*, 2014; AFFELDET; SILVEIRA; BARCELOS, 2015). Um estudo de meta-análise realizado na Coreia evidenciou que a presença de comorbidades está associada negativamente à adesão (KIM *et al.*, 2018).

Importante salientar que os idosos em geral são mais propensos a comorbidades que necessitam de tratamento contínuo com vários medicamentos e, sendo o paciente soropositivo, poderá haver uma dificuldade em ingerir todos os medicamentos no horário estabelecido, visto que os ARVs podem acarretar no organismo muitas interações medicamentosas (AFFELDET; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Um dos principais problemas para as pessoas que vivem com HIV reside no tratamento para as doenças concomitantes, tais como dislipidemias, hipertensão, diabetes, osteoporose, doenças renais, cardiovasculares e distúrbios psiquiátricos, que aumentam com a idade e podem levar a interações medicamentosas (ALBA; PLAZA; SOTO, 2014).

Estudos realizados em Liverpool, Inglaterra, e de coorte na Suíça identificaram, respectivamente, que 27,0% a 40,0% dos pacientes em uso de TARV tiveram um aumento do risco de reações adversas, hospitalizações e baixa adesão ao tratamento associados às interações medicamentosas (EVANS-JONES *et al.*, 2010; MARZOLINI *et al.*, 2010).

Embora associada à melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, a TARV trouxe alterações nas manifestações cardiovasculares, sendo correlacionadas a dislipidemias, resistência à insulina e diabetes mellitus, uma vez que é crescente o número de casos de síndromes coronarianas e eventos vasculares periféricos relacionados tanto ao aumento da sobrevida dos pacientes quanto à toxicidade da terapia. Sendo assim, os idosos apresentam uma resposta imunológica mais lenta à TARV e um risco maior de desenvolver doença cardiovascular pela combinação envelhecimento, infecção pelo HIV e TARV (KRAMER *et al.*, 2009).

Vale registrar que até 73% das pessoas que vivem com HIV podem ter um diagnóstico de dislipidemias, principalmente pelo uso de estatinas consideradas de primeira linha farmacológica, no entanto, as concentrações deste fármaco podem ser aumentadas em até cinco vezes devido à diminuição do seu metabolismo pela ação do atazanavir, permitindo que entrem nos hepatócitos, com aumento do risco de toxicidade muscular. Estudo realizado na Colômbia identificou que 6,6% dos pacientes tratados com TARV estão sujeitos a esse risco (ALBA; PLAZA; SOTO, 2014).

Em relação ao uso de medicação psicotrópica, uma vez que a incidência de convulsões em pessoas que vivem com HIV pode chegar até 11%, a Academia Americana de Neurologia recomenda um aumento de no máximo 50% de doses de lopinavir/ritonavir em pacientes que tomam fenitoína, mantendo assim concentrações séricas adequadas dos inibidores de protease (BIRBECK *et al.*, 2012).

Em relação às doenças oportunistas, a toxoplasmose obteve associação estatística significativa, sendo maior no grupo de não adesão. Estudo realizado em Moçambique evidenciou que as taxas de prevalência da toxoplasmose aumentam com a idade, sendo uma das infecções oportunistas mais significativas em pessoas que vivem com HIV, e, mesmo após a introdução da TARV, ela ainda representa importante problema de saúde pública, especialmente para populações vulneráveis de países em desenvolvimento (DOMINGOS *et al.*, 2013).

A candidíase também obteve associação estatística significativa neste estudo, com casos nos dois grupos estudados. Esse dado vem corroborar um estudo realizado com 142 idosos no Rio Grande do Sul, onde a doença oportunista foi mais prevalente, com 40,1% dos casos (AFFELDET; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Verifica-se que é possível constatar que pacientes após os 65 anos de idade apresentam maior risco de infecções oportunistas, devido às características do envelhecimento (SILVA *et al.*, 2018). Portanto, ao fazer uso dos antirretrovirais corretamente, o paciente garante grandes benefícios, como a redução de doenças oportunistas, diminuição das internações hospitalares, contribuindo assim para a queda das taxas de mortalidade, com consequente aumento do tempo e qualidade de vida (FORESTO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, é importante ressaltar que muitos idosos, mesmo apresentando sinais e sintomas sugestivos de doenças oportunistas evidenciadas na aids, ainda são diagnosticados tardiamente, e que os profissionais de saúde não têm solicitado a sorologia anti-HIV para a população idosa (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Ainda, vale destacar que o diagnóstico diferencial para o HIV passa a ser um processo complexo para o indivíduo na terceira idade, visto que a sintomatologia das doenças mais prevalentes nos idosos e nos indivíduos com HIV é semelhante. Desse modo, a ausência de especificidade dos sintomas pode retardar o diagnóstico, ocasionando atraso no tratamento antirretroviral, e dificultando um equilíbrio no manejo e evolução com prognóstico positivo da doença (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Na variável reações adversas houve associação estatística com a adesão à TARV. Portanto, torna-se significativo evidenciar que neste estudo as reações adversas foram mais presentes nos idosos com adesão à TARV. Este dado corrobora um estudo realizado no Porto, Portugal, mostrando que essa relação positiva aponta para uma perspectiva diferente, onde se entende que só aqueles que cumprem o tratamento assiduamente experimentam efeitos colaterais no decurso do tratamento (REIS *et al.*, 2010).

No entanto, estudo realizado em Uganda e outro estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, evidenciaram ausência de efeitos adversos e, quando presentes, influenciavam negativamente no tratamento (MUTABAZI-MWESIGIRE, 2015; CALIARI *et al.*, 2018).

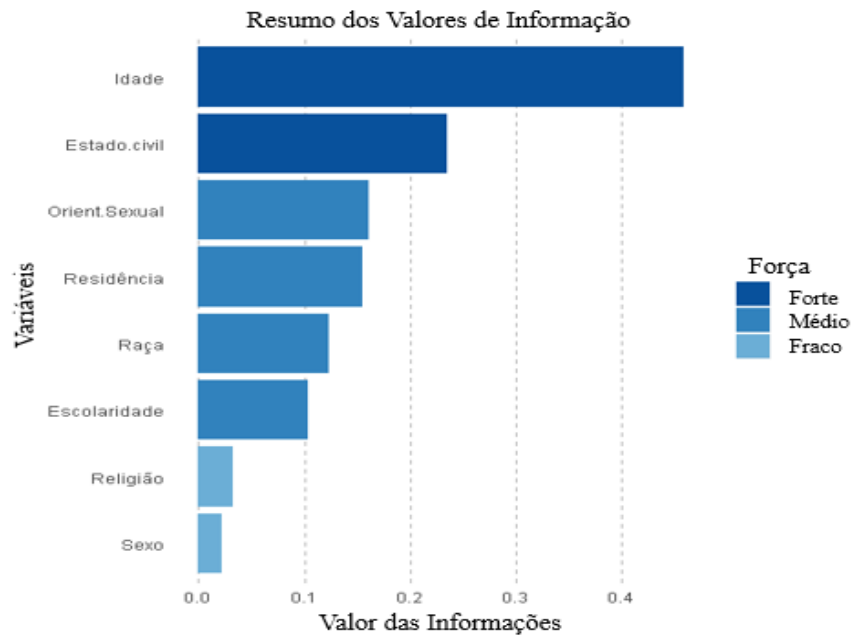
Estudo de revisão integrativa também evidenciou que, dentre os fatores que auxiliam na adesão, estavam a ausência de reações adversas, e pessoas que vivem com HIV que não apresentam dores de cabeça, náuseas e outros sintomas estavam mais comprometidos em seguir a terapia (SILVA, TAVARES, 2015).

Vale salientar que tanto as doenças oportunistas como as reações adversas, geralmente, são confundidas com outras afecções, visto que nesta faixa etária é comum o aparecimento de algumas doenças (AFFELDET; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Nesse cenário, o enfrentamento de uma nova condição como a infecção pelo HIV, somado às próprias dificuldades que a condição sorológica apresenta, provoca muitas consequências e tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com HIV (CALIARI *et al.*, 2018).

Para melhor compreensão dos fatores sociodemográficos sobre o fenômeno da adesão, que se segmenta em adesão ou não adesão ao tratamento, segue a Figura 1, que representa o resultado da aplicação do modelo de classificação binária *Weight of Evidence, WoE* (Peso da Evidência).

Figura 1 - Influência dos fatores sociodemográficos sobre o fenômeno da adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.



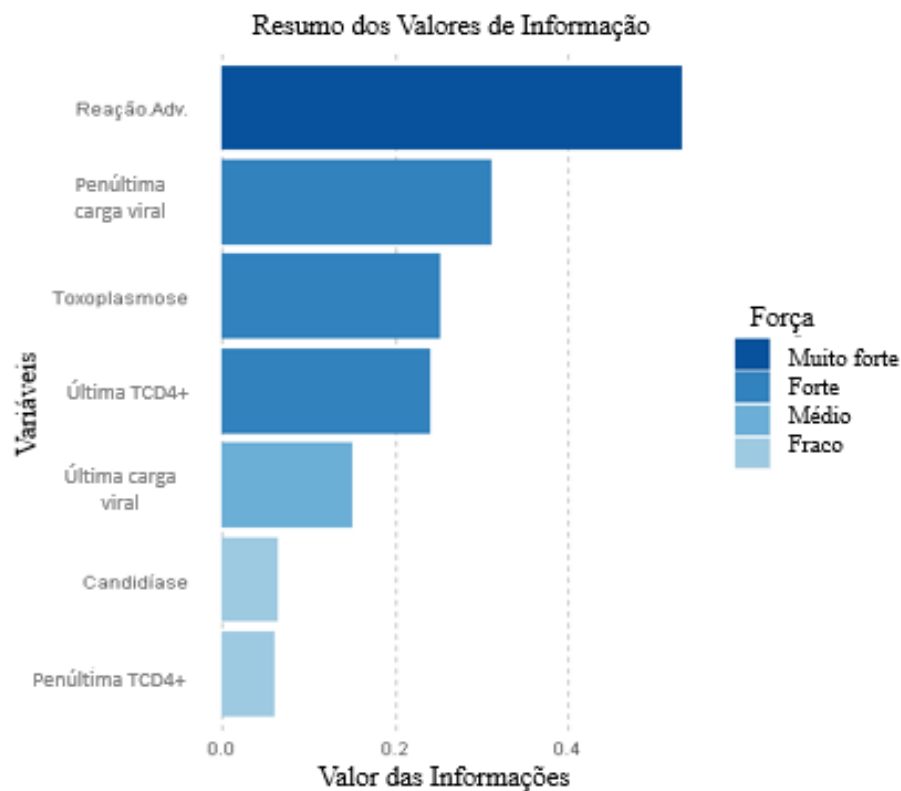
Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Sendo assim, pode-se observar que o fator mais influente na adesão foi a idade, seguido do estado civil e orientação sexual, não sendo identificados outros fatores mais relevantes com este modelo aplicado.

Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP avaliou a adesão à terapêutica em pessoas que viviam com HIV e identificou que os idosos obtiveram maior grau de adesão, evidenciando que o aumento da idade está associado a maior probabilidade de seguimento ao tratamento recomendado (FORESTO *et al.*, 2017).

Ainda quanto à influência dos fatores clínicos sobre o fenômeno da adesão, utilizando o mesmo modelo de classificação (*Weight of Evidence* – WoE), pode-se observar que o fator mais influente detectado por este modelo foi a reação adversa ao medicamento, seguido da penúltima carga viral e da presença da doença oportunista toxoplasmose, e também não se detectou influência relevante dos demais fatores considerados (Figura 2).

Figura 2 - Influência dos fatores clínicos sobre o fenômeno da adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.



Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

A manifestação de reações adversas aos ARVs tem sido um dos principais preditores associados à não adesão, sendo muitas vezes responsável pela mudança precoce do esquema terapêutico inicial (SILVA *et al.*, 2015).

Dentre as reações adversas graves, e que influenciam a não adesão, está a associação da interação da TARV com a própria infecção e a inflamação gerada pelo HIV, ocasionando alterações metabólicas e redistribuição anormal de gordura corporal. O conjunto dessas alterações é denominado como Síndrome da Lipodistrofia do HIV (SLHIV) (BERALDO *et al.*, 2017).

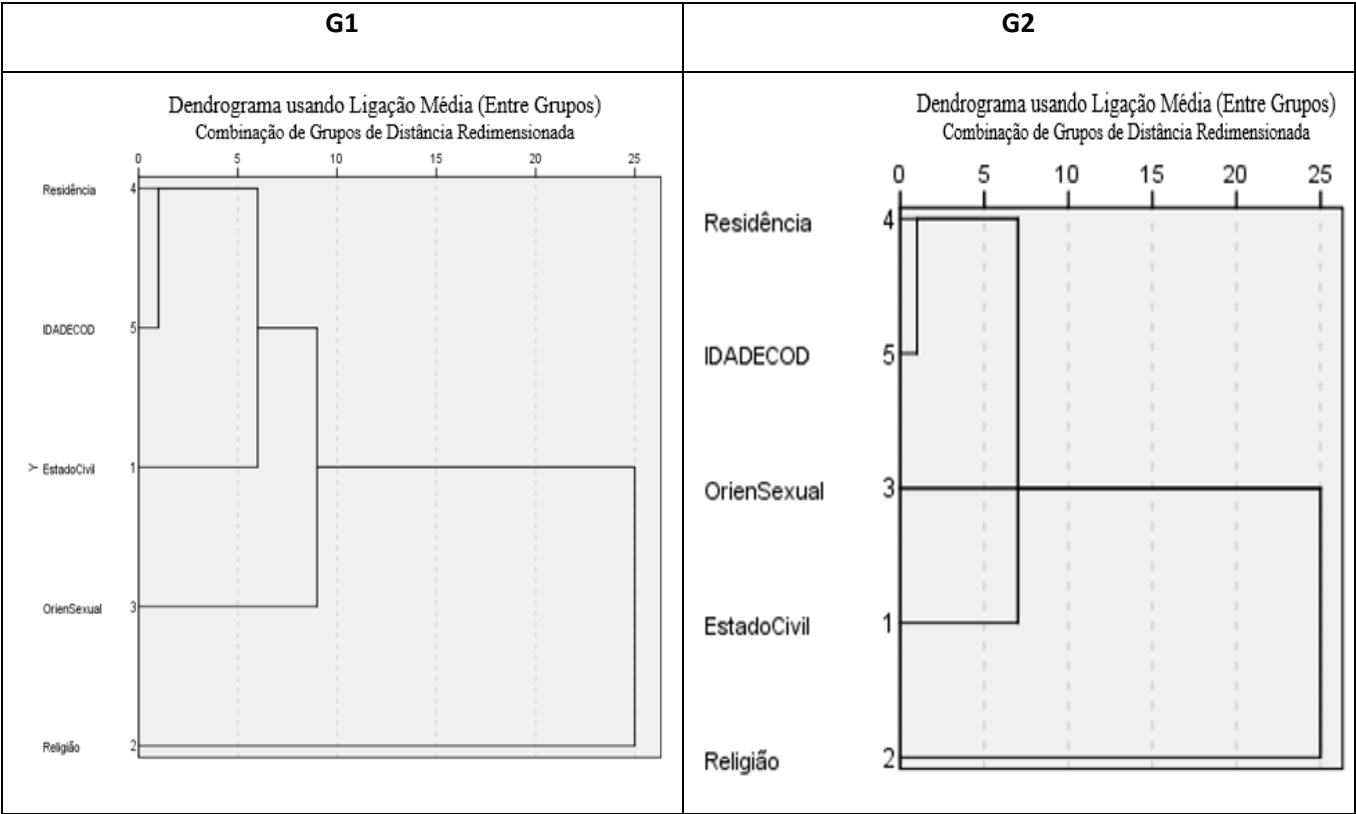
Nesse aspecto, estudo realizado no Pará, Brasil, com 124 indivíduos infectados de HIV com lipodistrofia registra que, dentre os que foram identificados em não adesão à TARV, 19,10% (17) alegaram como motivo de abandono do tratamento a lipodistrofia. Vale salientar que, uma vez que as mudanças corporais prejudicam a autoimagem do paciente, provocando uma redução da qualidade de vida nesses indivíduos, resultam em menor adesão ao tratamento. A significância do problema pode ser constatada quando pacientes cogitam em abandonar o tratamento em busca de um corpo mais harmônico, em virtude das mudanças

corporais que são percebidas por outras pessoas e que os levam a evitar sair de casa, por temerem o reconhecimento pelas pessoas da estigmatizante “cara da aids” (COSTA *et al.*, 2018b).

Seguindo com a análise, foram verificadas as diferenças quanto aos fatores sociodemográficos no G1 e G2 pela Análise de Agrupamento, utilizando o método de agrupamento hierárquico de ligação média com medida de distância euclidiana e valores padronizados, resultando no dendrograma do G1, que apresenta como um diferencial a orientação sexual, e no G2, o estado civil (Figura 3).

De acordo com a Tabela 1, o G1 tem o perfil da orientação sexual heterossexual e o G2 tem em seu perfil o estado civil solteiro, portanto, a característica que contribui para a adesão é mais provável que seja a orientação sexual heterossexual, enquanto que na não adesão a característica é o estado civil de solteiro.

Figura 3 - Análise de agrupamento para detectar influência dos fatores sociodemográficos em idosos em uso de TARV, categorizados nos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão).



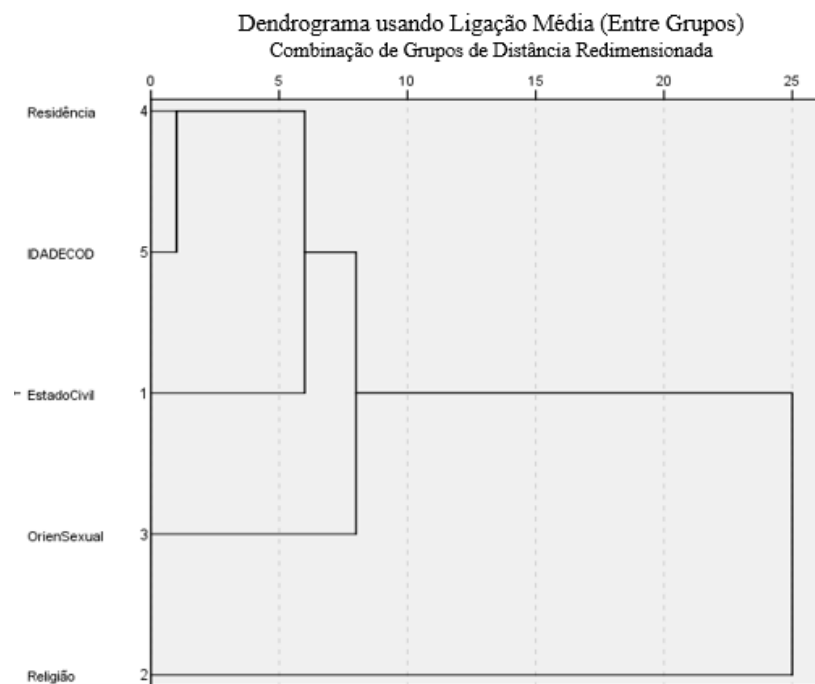
Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

A Figura 3 apresenta uma similaridade com estudo realizado na Colômbia, que evidenciou que indivíduos com orientação sexual heterossexual, em sua maioria casados,

apresentaram maior adesão à TARV, e indivíduos com estado civil de solteiro estiveram relacionados à não adesão. Este fato relaciona-se ao apoio social, sendo um aspecto que tem sido estudado, considerando que a sua presença favorece a adesão à TARV devido ao efeito tampão contra situações estressantes e sintomas depressivos, tornando-se um aspecto protetor relacionado à adesão, bem-estar e qualidade de vida. Da mesma forma a relação entre não adesão ao tratamento e apoio social precário é clara (CARDONA-DUQUE, 2017).

Dando continuidade à análise, o dendrograma a seguir (Figura 4) inclui o agrupamento das variáveis sociodemográficas considerando os dois grupos (G1 e G2), utilizando-se o mesmo método e métrica, e conclui-se que um corte na árvore na medida de distância um pouco abaixo de 5 revela que há a formação de quatro agrupamentos de fatores influentes no fenômeno da adesão, ou seja: $A_1 = \{\text{Residência, Faixa etária}\}$, $A_2 = \{\text{Estado civil}\}$, $A_3 = \{\text{Orientação sexual}\}$ e $A_4 = \{\text{Religião}\}$. Esta informação é complementada com a Figura 4 em que o estado civil está mais associado ao G2 e Orientação sexual, ao G1.

Figura 4 - Agrupamento sobre a influência dos fatores sociodemográficos no fenômeno da adesão em idosos em uso de TARV, nos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão).



Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Dessa forma, o estado civil é um fator que influencia no fenômeno da adesão, ao se observar a predominância de solteiros no grupo de não adesão (Tabela 1), portanto, essa condição pode tornar as pessoas que vivem com HIV mais vulneráveis à não realização da TARV, ocasionada pela falta de suporte social (LIMA; MORAES; MELO, 2017).

Ao efetuar a aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney na avaliação quanto à contagem da carga viral no diagnóstico, penúltima e última, foram identificados como significativos os valores medianos na penúltima e última contagem, podendo-se concluir que no G2 os valores destas cargas virais foram maiores (Tabela 3).

Tabela 3: Medidas descritivas das variáveis avaliação no diagnóstico, penúltima e última contagens de carga viral e TCD4+, referentes aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Variáveis	Estatísticas	Grupo		Mann-Whitney Valor-p
		Adesão	Não adesão	
Carga viral				
Diagnóstico	Média	4,96	4,80	0,857
	Mediana	5,00	5,00	
	DP	0,20	0,63	
	Min. – Máx.	4 – 5	3 -5	
Penúltima	Média	1,48	2,60	0,049*
	Mediana	1,00	2,50	
	DP	1,05	1,65	
	Min. – Máx.	1 – 5	1 – 5	
Última	Média	1,32	2,20	0,004*
	Mediana	1,00	2,00	
	DP	0,69	1,32	
	Min. – Máx.	1 – 3	1 – 5	
TCD4+				
Diagnóstico	Média	1,97	2,13	0,563
	Mediana	2,00	1,50	
	DP	1,15	1,36	
	Min. – Máx.	1 – 4	1 -4	
Penúltima	Média	2,78	3,09	0,667
	Mediana	3,00	4,00	
	DP	1,05	1,14	
	Min. – Máx.	1 -4	1 – 4	
Última	Média	3,00	2,91	0,423
	Mediana	3,00	3,00	
	DP	1,07	1,04	
	Min. – Máx.	1 -5	1 -4	

Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018. *Indica significância estatística.

Sendo assim, pode-se verificar que nas avaliações para a penúltima e última medidas da carga viral, nos grupos estudados, houve associação estatística nestas variáveis, evidenciando, desta forma, a eficácia da TARV para o HIV. A única medida que assegura se os ARVs foram não apenas ingeridos pelo paciente, mas também efetivos, é a mensuração sanguínea. Assim, a quantificação da carga viral na corrente sanguínea tem sido utilizada para o monitoramento da resposta à TARV e a detecção precoce de falha virológica (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, identificou que, dos 81 idosos participantes na pesquisa, 70 idosos afirmaram nunca ter interrompido a TARV, 62 apresentaram alta contagem de linfócitos TCD4+ e em 64 foi identificada carga viral indetectável (CALIARI *et al.*, 2018), o que destaca a relevância da adesão à TARV para se obter resultados positivos no tratamento. Estudo de revisão integrativa evidencia que apenas entre 40 a 50% dos pacientes atingem carga viral não detectável (KNOBEL; GUEVARA, 2004).

Portanto, torna-se evidente que pacientes com baixa contagem de TCD4+ e elevada CV são mais propensos a sintomas da doença e infecções oportunistas, afetando negativamente o indivíduo; esse evento é conhecido como efeito em cadeia. Nesse sentido, chama-se a atenção para a necessidade de manter esforços de controlar a CV em nível não identificável (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012)

Vale destacar que a contagem de linfócitos TCD4+ não apresentou associação estatística nas três categorias propostas. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul encontrou valores de linfócitos inferiores a 200 células/mm³ no primeiro exame realizado, o que evidenciou que 40% dos casos realizaram o diagnóstico tardiamente. Portanto, se faz essencial que testes rápidos sejam oferecidos à população em diversos contextos (SPEROTTO, 2010).

Ainda, um estudo realizado com idosos em São Paulo também apresentou baixa contagem de linfócitos no momento do diagnóstico, e aumento na avaliação do número de células no momento da entrevista, quando o paciente já estava em uso da TARV (OKUNO *et al.*, 2014).

Tabela 4: Descrição da carga viral nos períodos do diagnóstico, penúltima e última contagem de cópias, por grupos de adesão (G1) e não adesão (G2). João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Período da avaliação	Carga Viral (cópias)	G1		G2	
		N	%	N	%
Diagnóstico	50 a 1.000	0	0,0	1	6,7
	1.001 a 3.500	2	5,7	0	0,0
	≥ 3.501	33	94,3	14	93,3
	Indetectável	23	74,2	7	50,0
Penúltima	< 50	5	16,1	1	7,1
	50 a 1.000	1	3,2	2	14,3
	1.001 a 3.500	1	3,2	1	7,1
	≥ 3.501	1	3,2	3	21,4

	Indetectável	25	67,6	6	35,3
	< 50	7	18,9	2	11,8
Última	50 a 1.000	4	10,8	3	17,6
	1.001 a 3.500	0	0,0	0	0,0
	≥ 3.501	1	2,7	6	35,3

Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018
 *Indica significância estatística.

Verifica-se na Tabela 4 que no grupo de adesão, referentes à penúltima e última avaliações da carga viral, ocorreram menores valores do que os valores observados no grupo G2.

Pelo predomínio da alta carga viral no momento do diagnóstico, em ambos os grupos, fica evidente a importância do início da TARV para a supressão viral. Entretanto, houve a presença de baixa carga viral no momento do diagnóstico e, possivelmente, isso se deve ao fato de que a mensuração desta variável foi realizada após a introdução da TARV.

Ainda nesse aspecto, o grupo G1 apresentou uma predominância de carga viral indetectável, tanto na última como na penúltima contagem deste estudo. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo que verificou a baixa contagem de carga viral como uma variável significativamente associada à adesão (FORESTO *et al.*, 2017).

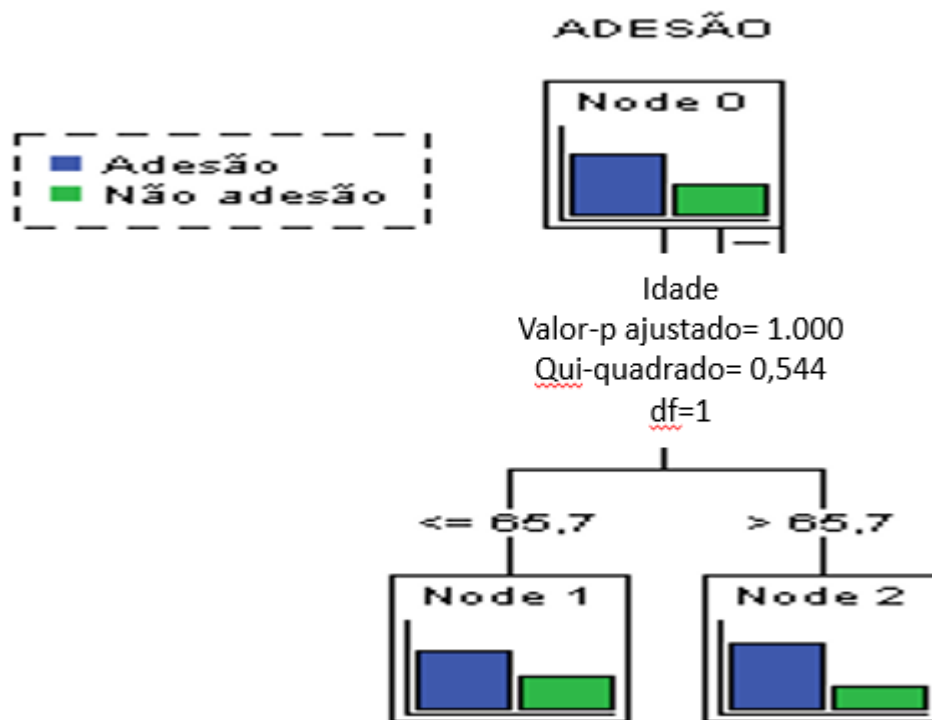
A carga viral indetectável está relacionada com melhor qualidade de vida, o que pode ser explicado pela relação direta com a ausência de infecções secundárias, com a consequente diminuição de internações (CALIARI *et al.*, 2018).

Entretanto, pode-se observar que o grupo de não adesão apresentou uma predominância de carga viral indetectável. Este fato pode apontar para a perspectiva de uma mudança de comportamento.

Na busca em verificar os fatores sociodemográficos (sexo, escolaridade, raça, estado civil, religião, orientação sexual e procedência geográfica) que influenciam a adesão, ou seja, quais os fatores que mais contribuíram para classificar um indivíduo no grupo G1 ou G2, foi construída a árvore de decisão, utilizando o método o *Chi-Squared Automatic Interaction Detection* (CHAID) (Figura 5).

Nos resultados da árvore produzida destaca-se que a principal diferenciação entre os dois grupos (G1 e G2) é a variável idade, principalmente a partir de 65,7 anos, que caracteriza a adesão, porém, quanto os fatores clínicos, não foram verificados resultados satisfatórios.

Figura 5 - Árvore de decisão dos fatores sociodemográficos para classificar a adesão de idosos em uso de TARV de um serviço de saúde em João Pessoa/PB, 2018.

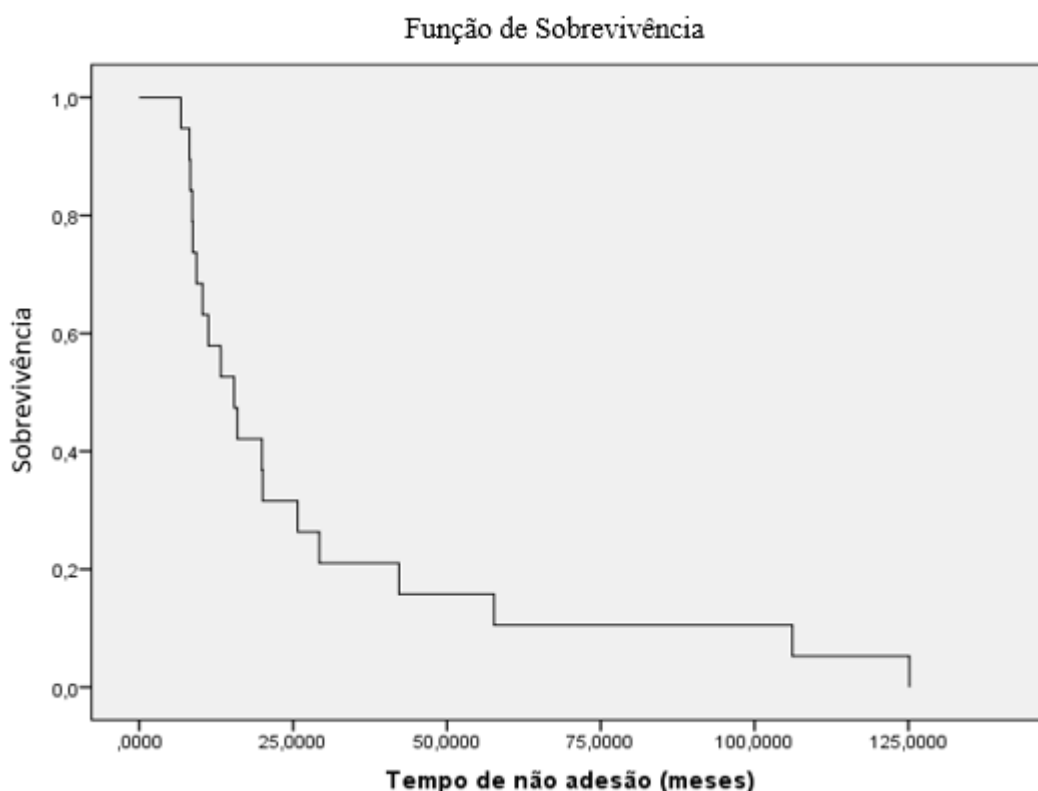


Fonte: Dados secundários da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa/PB, Brasil, 2018.

Sendo assim, esse dado corrobora estudo de Gorzoni *et al.* (2016) realizado com quatro idosos em São Paulo, Brasil, e leva à suposição de que idosos mais velhos infectados pelo HIV tendem a apresentar um padrão de envelhecimento mais ativo e/ou mais lento que o usual, contribuindo, desta forma, com um comportamento de adesão.

Neste presente estudo, ainda foi verificada a estimativa de ocorrência da não adesão em média aos 28,5 meses, situando-se entre 13,4 a 43,6 meses, com 95% de confiança. Observa-se que, após este período, a probabilidade de sua ocorrência diminui, se estabilizando após 50 meses, em seguida caindo em direção a zero (Figura 6).

Figura 6 - Estimativa do tempo de ocorrência da não adesão após a instituição da TARV em idosos



Fonte: Dados do SICLOM na UDM do CHCF, João Pessoa/PB, 2018.

Estudo realizado na Colômbia verificou que a alta adesão foi encontrada naqueles indivíduos com mais tempo de diagnóstico, ou seja, quanto maior o tempo de diagnóstico, maior é a probabilidade de adesão, o que vem corroborar o estudo em análise (CARDONA-DUQUE *et al.*, 2017).

Além disso, estudo realizado no Brasil evidenciou que um menor tempo de diagnóstico da infecção esteve relacionando a uma pior qualidade de vida, sendo a passagem do tempo necessária para o processo de conformação e aceitação da doença (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Entretanto, estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, identificou que a qualidade de vida pouco se relacionou com a duração do tratamento, mas com o fato de as pessoas aceitarem e manterem a adesão (CALIARI *et al.*, 2018).

Ainda, um estudo realizado na Espanha verificou que pacientes com um tempo de menor de infecção, inferior a 82 meses, obtiveram maior adesão ao tratamento. Sendo assim, faz-se necessário avaliar o tempo de infecção como variável de risco importante para o desfecho final, que pode ser adesão ou não adesão (REMOR, 2002).

Reconhece-se que as limitações impostas para realização de estudos em fontes secundárias nos remetem a reflexões quanto às possibilidades de implicações na qualidade dos dados obtidos, visto que estudos com a utilização de entrevista individual poderiam complementar e melhor elucidar as informações e análises obtidas. Embora a pesquisa tenha abrangido a base populacional de idosos durante o período selecionado para o estudo e considerando as perdas no processo, vivenciaram-se dificuldades em obter dados para o desenvolvimento deste estudo, principalmente quanto à redução do número total de participantes, além do número elevado de registros da variável religião classificada como ignorada, revelando a fragilidade dos dados e refletindo de modo direto na qualidade de informações produzidas.

5 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a adesão à TARV e sua associação com variáveis sociodemográficas e clínicas, em 59 indivíduos idosos em acompanhamento em um hospital de referência para doenças infecciosas e parasitárias no Estado da Paraíba.

Verificou-se que a taxa de adesão à TARV foi superior à de não adesão. Em ambos os grupos, adesão e não adesão, houve a predominância do sexo masculino, menores de 65 anos, com baixos níveis de escolaridade, pardos, heterossexuais e provenientes do interior. A toxoplasmose e a candidíase foram as doenças oportunistas que obtiveram maior associação estatística com a adesão.

Variáveis como idade, orientação sexual e estado civil foram fatores influentes no fenômeno da adesão. A orientação sexual distinguiu-se como uma variável que influencia para a adesão, enquanto que o estado civil, para a não adesão. Importante destacar que a presença de alta carga viral no grupo de não adesão comprova a eficácia da terapia antirretroviral. Quanto à idade, evidenciou-se que os idosos com idade acima de 65,7 mostraram-se como um grupo mais favorável à adesão. O problema da não adesão foi estimado ocorrer em 28,5 meses, estabilizando-se após os 50 meses.

O fato de o indivíduo idoso retirar a medicação antirretroviral regularmente na farmácia determinou a classificação de adesão ao tratamento, entretanto, não se pode afirmar que ela estivesse sendo ingerida diariamente, uma vez que os antirretrovirais são disponibilizados para serem tomados em domicílio.

Vale enfatizar que a importância deste estudo se estabelece na possibilidade de distinguir os idosos com potencial em abandonar o tratamento, que são os idosos entre 60 e 65 anos, uma vez que a taxa de adesão evidenciada torna-se preocupante por apresentar valores muito abaixo dos padrões recomendados.

Considera-se que a adesão à TARV seja um processo complexo, pois envolve diversos fatores que interferem na evolução, tratamento e, consequentemente, na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV. A condição de soropositividade para a infecção e o estado crônico desta condição têm impacto em todo o desempenho mental e físico do indivíduo, sendo essa condição um estressor, e assim demanda estratégias que possibilitem a adesão ao tratamento.

Nesse contexto, a questão da adesão à terapia antirretroviral para o HIV na população idosa carece de um maior aprofundamento, principalmente em relação a estes fatores que necessitam de ampliações contínuas de estudos, dadas as implicações para a saúde pública da

falta de adesão ao tratamento. Desta forma, faz-se necessário o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, e o desenvolvimento de um protocolo de manejo clínico específico destinado a esse grupo.

Portanto, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve ser capaz de desenvolver uma assistência integral às pessoas que vivem com HIV e que necessitam fazer uso da TARV, encontrando soluções para o fortalecimento da adesão entre idosos, visto que esta população já apresenta vulnerabilidades referentes a essa fase da vida e, portanto, necessita de um maior e melhor acompanhamento.

Os resultados desta pesquisa agregaram novos conhecimentos científicos acerca da adesão de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, especialmente na Paraíba, Região Nordeste do país, ajudando a priorizar atividades pragmáticas que fortaleçam a resposta para o HIV, baseadas em conhecimentos mais aprofundados sobre a epidemia nesta localidade.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n. 8, Jan-Mar 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000100079&lang=pt. Acesso em: 22 jan. 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>.
- ALBA, Jorge Enrique Machado; PLAZA, Cristhian David Morales; SOTO, Valentina Hoyos. Frecuencia de potenciales interacciones medicamentosas entre antirretrovirales y otros grupos farmacológicos en pacientes colombianos. **Investig. andina**, Pereira, v. 16, n. 28, p. 910-920, Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012481462014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr 2019.
- ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601140&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>.
- ALMEIDA-BRASIL, Celine Cardoso *et al.* Improving community mobilization in HIV treatment management: practical suggestions from patients in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 41, n. 12, p. 119, Apr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892017000100189&lang=pt. Acesso em: 25 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2017.119>
- ANDRADE, Ana Carla Cavalcanti. **Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados a adesão e acompanhamento do uso da profilaxia pós-exposição sexual para o HIV**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.
- ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000300565&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019214>.
- ARAUJO, Graciela Machado de *et al.* Idosos cuidando de si após o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 793-800, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800793&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248>.
- BECK, Sandra Trevisan *et al.* Adesão a terapia antiretroviral de crianças e adolescentes vivendo com HIV. **Ciência & Saúde**, Santa Maria, v. 10, n. 3, p. 178-183, jul.-set. 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/25282/15783>. Acesso em: 17 jan 2018. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2017.3.25282>

BEZERRA, Valéria Peixoto *et al.* Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 70-76, dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400070&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.44787>.

BIRBECK GL; FRANCÊS JA; PERUCCA E *et al.* Evidence-based guideline: Antiepileptic drug selection for people with HIV/AIDS. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Ad Hoc Task Force of the Commission on Therapeutic Strategies of the International League Against Epilepsy. *Neurology*. v. 78, n.2, p. 139-145, jan 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466673/>. Acesso em: 13 abr 19.

BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias *et al.* Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 579-585, Aug. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000400579&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680402i>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa N° 03/2018** – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Coordenação de Vigilância das IST, AIDS e Hepatites Virais – COVIG. Brasília, [2018]. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/informes/Informe%2009_18%20%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2003_18%20switch%20de%20esquemas%20com%20ITRNN%20e%20IP.r%20por%20DTG.pdf. Acesso em: 04 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa N° 55/2018** – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em IST, AIDS e Hepatites Virais – CGAE. Brasília, [2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-552018-cgaediahvsms>. Acesso em: 04 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Pesquisas com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei n. 9.313, de 13 de Novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm Acesso em: 15 Jul 2018.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1o de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em 26 Jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília, v. 49, n. 53, 2018**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em 10 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **The Brazilian response to HIV and AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.

CALIARI, Juliano de Souza *et al.* Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 513-522, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700513&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0127>

CARDONA-DUQUE, Deisy Viviana *et al.* Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. **rev.fac.med.**, Bogotá, v. 65, n. 3, p. 403-410, Sept. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112017000300403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.55535>.

CARVALHO, Wânia Maria do Espírito Santo. **Avaliação da Aplicabilidade de um instrumento para a aferição da adesão do paciente ao tratamento antirretroviral nos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CASSETTE, Júnia Brunelli *et al.* HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 733-744, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500733&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150123>.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A.; DA SILVA, Roberto. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CORDEIRO, Luana Ibiapina *et al.* Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 775-782, Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400775&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>.

COSTA, Milena Silva *et al.* Knowledge, beliefs, and attitudes of older women in HIV/AIDS prevention. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 40-46, Feb. 2018a Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100040&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0521>.

COSTA, Dalva Francês *et al.* Adherence to antiretroviral therapy by HIV/AIDS patients with lipodystrophy. *Rev Enferm UERJ*. v. 26, e31156, jan-dez 2018b. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31156/27107>. Acesso em: 02 jun 2019. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.31156>

COSTA, Milena Silva *et al.* Social Representations, Vulnerability and Religious Beliefs of the Elderly About HIV/Aids: an integrative Review. *Int Arch Med*. v. 8, n. 259, 2015. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1399/1088>. Acesso em: 03 mar 2019. <http://dx.doi.org/10.3823/1858>

CRUZ, Gylce Eloisa Cabreira Panitz; RAMOS, Luiz Roberto. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 28, n. 5, p. 488-493, Aug. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002015000500488&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500081>.

DE NEVE, Jan-Walter *et al.* Antiretroviral therapy coverage associated with increased co-residence between elderly people and prime-age adults in Africa. *AIDS*, Publish Ahead of Print. Jun 2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00002030-900000000-97187>. Acesso em: 27 jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000001917>

DEEKS, Steven G. HIV Infection, Inflammation, Immunosenescence, and Aging. *Annu. Rev. Med*. v. 62, p. 141-55, 2011. Disponível em: <https://www-annualreviews-org.ez15.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1146/annurev-med-042909-093756>. Acesso em 29 jun 2018. <https://doi-org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1146/annurev-med-042909-093756>

Di Matteo R, Di Nicola D. Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role. New York N.Y: Pergamon, 1982.

DOMINGOS, Abílio *et al.* Seroprevalence of Toxoplasma gondii IgG antibody in HIV/AIDS-infected individuals in Maputo, Mozambique. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 47, n. 5, p. 890-896, Oct. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000500890&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 apr 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004661>.

DORNELAS NETO, Jader *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 12, p. 3853-3864, Dec. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203853&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.17602014>.

DUBE, Benhildah N.Rumbwere *et al.* Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care among adults living in developed countries: a systematic review. *Systematic Reviews*. v. 7, n. 82, Jun 2018. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0744-3>. Acesso em: 27 jun. 2018. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0744-3>

DUNN, Keith *et al.* Risk Factors, Health Care Resource Utilization, and Costs Associated with Nonadherence to Antiretrovirals in Medicaid-Insured Patients with HIV. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. Jun 2018. Disponível em:

<https://www.jmcp.org/doi/pdf/10.18553/jmcp.2018.17507>. Acesso em: 27 jun 2018.
<https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.17507>

EVANS-JONES, Jonh G. *et al.* Reconhecimento do risco de interações medicamentosas clinicamente significativas entre pacientes infectados pelo HIV que recebem terapia anti-retroviral. **Clinical Infectious Diseases**. v. 50, n. 10, p. 1419-1421, Mai 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/50/10/1419/378072>. Acesso em: 02 Jun 2019.
<https://doi.org/10.1086/652149>

FERNANDES, Nilo Martinez *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 4, jun 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n4/e00053415/pt/>. Acesso em: 03 mar 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053415>

FERNANDEZ-SILVA, Carlos Alberto; LOPEZ-ANDRADE, Clara Ivonne; JARA, Claudio Merino. Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 9, n. 2, p. 2201-2214, Ago. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000202201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr 2019.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.522>.

FERREIRA, Bruno elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Melo Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 75-78. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf>. Acesso em: 14 mar 2019.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Ozarem; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. The influence of religiousness on living with HIV. **Interface - Comunic., Saude, Educ**. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2012.pdf>. Acesso em: 04 mar 2019.

FORESTO, Jaqueline Scaramuza *et al.* Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e63158, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472017000100406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.

GALVAO, Marli Teresinha Gimeniz *et al.* Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 48-53, Feb. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100048&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>.

GARCIA, Sandra; BERQUÓ, Elza; LOPES, Fernanda *et al.* Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **Demografia em Debate**. v. 2, p. 417-447, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/view/59>. Acesso em: 04 mar 2019.

GAUTERIO-ABREU, Daiane Porto *et al.* Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 2, p. 335-342, Apr. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200335&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 abr 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690217i>.

GORZONI, Milton Luiz *et al.* Human immunodeficiency virus in institutionalized elderly people. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 134, n. 6, p. 528-533, Dec. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802016000600528&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. Epub Oct 13, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0034150516>.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 430-441, June 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mar 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000013>.

GUARALDI, Giovanni *et al.* Aging with HIV vs. HIV Seroconversion at Older Age: A Diverse Population with Distinct Comorbidity Profiles. **Plos One**. v. 10, n.4, April 2015. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0118531&type=printable> . Acesso em: 30 jun 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118531>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acesso em: 09 abr 2019.

KLEIMBAUM, D.G. Survival Analysis. Springer-Verlag, 1996, New-York, Inc.

MOORE, D. Applied Survival Analysis using R. Springer 2 nd Edition, 2016.

KRAMER, Andréa Sebben *et al.* Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 5, p. 561-568, Nov. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009001100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100019>.

KIM, Jungmee; LEE, Eunyoung; Park, Byung-Joo *et al.* Adherence to antirretroviral therapy and factors affecting low medication adherence among incident HIV-infected individuals during 2009–2016: A Nationwide study. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29453393>. Acesso em: 13 abr 2019.

KIPLAGAT, Jepchirchir *et al.* Retention in care among older adults living with HIV in western Kenya: A retrospective observational cohort study. **Plos One**. v. 13, n. 3, Mar 2018. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194047>. Acesso em: 30 jun 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194047>

KNOBEL, Hernando; GUEJAR, Ana. Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento antirretroviral: Intervenciones en la pauta terapéutica. **Enferm Infecc Microbiol Clin**. Barcelona, v. 22, n. 2, p. 106-12, 2004. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X0473044X>. Acesso em: 09 mar 2019.

LEAL, Noêmia Soares Barbosa; COELHO, Angela Elizabeth Lapa. Social representation of AIDS to Psychology students. *Fractal*, **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, p. 9-16, abr. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/918>.

LEITE, Mônica Americano. Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2016.

LENZI, Luana *et al.* Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 34, e34422, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100521&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun 2019. Epub Nov 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34422>.

LIMA, Edmilson Heleno; MORAES, Danielle Chianca de Andrade; MELO, Willians Emanuel da Silva; adesão à terapia antirretroviral e sua associação com a religião de pessoas vivendo com HIV na VI região de saúde. Trabalho de conclusão de curso (Residência em Infectologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MADRUGA, Mikaela Dantas Dias; VIEIRA, Kay Francis Leal; ALMEIDA, Sandra Aparecida. Fatores de vulnerabilidade dos idosos ao hiv/aids: uma revisão integrativa. Anais do VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem. **Rev Cuidado é Fundamental**. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7595/6580>. Acesso em: 27 Jun 2018.

MAIA, David de Alencar Correia *et al.* Notificação de casos de HIV/AIDS em idosos no estado do Ceará: série histórica entre os anos de 2005 a 2014. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 542-552, Oct. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232018000500542&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mar 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180041>.

MARTIN-AFONSO, Libertad; GRAU-ABALO, Jorge A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. **Psicología y Salud**, v. 14, n. 1, p. 88-89, enero-junio 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>. Acesso em: 09 mar 2019.

MARTINS, Nidia Farias Fernandes *et al.* Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 4, p. 868-874, Aug. 2017 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000400868&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0625>.

MARZOLINI, C. et al. Prevalence of comedications and effect of potential drug-drug interactions in the Swiss HIV Cohort Study. **Antivir The.** v. 15, n.3, p. 413-23, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20516560>. Acesso em: 02 jun 2019.

MCGOVAN, J.A. *et al.* Age, time living with diagnosed HIV infection, and self-rated health. **HIV Medicine.** v. 18, p. 89-103, Jul 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez15.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/hiv.12398>. Acesso em: 30 jun 2018. <https://doi-org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1111/hiv.12398>

MELO, Hugo Moura de Albuquerque *et al.* O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-53, Jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100007>.

METALLIDIS, Symeon *et al.* Older HIV-infected patients—an underestimated population in northern Greece: epidemiology, risk of disease progression and death. **Int Jour Infect Diseases.** v. 17, n. 10, p. e883-e891, Oct 2013. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(13\)00116-1/pdf](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(13)00116-1/pdf). Acesso em: 30 jun 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.02.023>

MORAES, Danielle Chianca de Andrade; OLIVEIRA, Regina Célia de; COSTA, Solange Fátima Geraldo. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 676-681, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000400676&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140096>.

MUTABAZI-MWESIGIRE, Doris; KATAMBA, Achilles; MARTIN, Faith *et al.* Factors That Affect Quality of Life among People Living with HIV Attending an Urban Clinic in Uganda: A Cohort Study. **PLOS One.** Uganda, v.10, n. 6, Junho 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126810>. Acesso em: 15 mar 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126810>

NARDELLI, Giovanna Gaudenci *et al.* Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0039, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500416&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2018. Epub May 18, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0039>.

OBUKU, Ekwaro A. *et al.* Determinants of Clinician Knowledge on Aging and HIV/AIDS: A Survey of Practitioners and Policy Makers in Kampala District, Uganda. **Plos One.** v. 8, n. 2. Feb 2018. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0057028&type=printable>. Acesso em: 30 jun 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057028>

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto Okuno *et al.* Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública.** v. 30, n. 7, Jul 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801551&lang=pt. Acesso em: 22 jan 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095613>.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 6, p. 510-516, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600510&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal - Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 30-39, Mar. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2013000100030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100003>.

ORTEGO, Carmem *et al.* Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis. **Gac Sanitaria.** v. 25, n. 4, p. 282-289, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2011.v25n4/282-289/en>. Acesso em: 25 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.016>

ORTIZ P, Manuel; ORTIZ P, Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. **Rev. méd. Chile**, Santiago , v. 135, n. 5, p. 647-652, mayo 2007 . Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007000500014&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 09 mar 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>.

PALMER, Alexis *et al.* Viral suppression and viral rebound among young adults living with HIV in Canada. **Medicine.** v. 97, n. 22, Jun. 2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201806010-00003>. Acesso em: 24 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010562>.

PASCHOAL, Eduardo Pereira *et al.* Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>.

PERES, Marcos Augusto de Castro. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado.**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 631-662, Dec. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922011000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922011000300011>.

PICELLI, Isabelle; DIAZ-BERMUDEZ, Ximena Pamela. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de

mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 496-509, June 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000200496&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200011>.

REIS, Ana Catarina; Lencastre, Leonor; Guerra, Marina Prista; Remor, Eduardo. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 23, núm. 3, p. 420-429, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/188/18818719002.pdf>. Acesso em: 15 abr 2019.

REMOR, Eduardo. Avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral em pacientes HIV+. **Psicothema**, v. 14, n. 2, p. 262-267, 2002. Disponível em: <http://www.psicothema.com/pdf/718.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

RODRIGUES, Marilza; MAKUD, Ivya. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, Abr-Jun 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n113/526-538/pt>. Acesso em: 25 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711314>

RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro *et al.* Spatial dynamics of AIDS incidence in the elderly in Rio de Janeiro, Brazil, 1997-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1721-1731, Aug. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000801721&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00152914>.

SERRA, Allan *et al.* Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 97, p. 294-304, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2018.

SILVA, Arayana Gomes da *et al.* Integrative review of literature: nursing care to aged people with HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 2, p. 884-892, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800884&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0264>.

SILVA, José Adriano Goés *et al.* Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>.

SILVA, Luís Augusto V; SANTOS, Melquisedec; DOURADO, Inês. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis**, , v. 25, n. 3, p. 951-973, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300951&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300014>.

SILVA, Leonara Maria Souza da; TAVARES, Jeane Saskya Campos. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v. 20, n.4, abril 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401109. Acesso em: 15 abr 2019.

SOUZA, Luís Paulo Souza *et al.* Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 767-776, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400015>.

TEGEGNE, Awokw Seyoum; NODLOVU, Principal; ZEWOTIR, Temesgen. Factors affecting first month adherence due to antiretroviral therapy among HIV-positive adults at Felege Hiwot Teaching and Specialized Hospital, north-western Ethiopia; a prospective study. *BMC Infectious Diseases*. v. 18, n. 83. 2018. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-018-2977-0>. Acesso em: 24 jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-018-2977-0>.

UNAIDS. 2017 CROI mostra a importância da estratégia 90-90-90. Disponível em: <http://unaids.org.br/2017/02/croi-mostra-importancia-da-estrategia-90-90-90/>. Acesso em: 04 fev 2018.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. Dezembro 2018. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. Acesso em: 10 jan 2019.

UNAIDS. UNAIDS DATA 2018. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf. Acesso em: 10 jan 2019.

World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action. Geneva, 2003. Section 3 [cap.12], p. 95-106.

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. 2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS DO SICLOM

1-Nº do prontuário:		2-DN:		3-Sexo:								
4- Data início do tratamento:				5- Grupo de Inclusão: () Adesão – G1 () Não adesão – G2								
Marcar com um X os meses em que não houveram retirada dos ARVs												
Ano/Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013												
2014												
2015												
2016												
2017												
2018												

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DOS USUÁRIOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1-Nº do prontuário:		
2-Data de Nascimento:		
3-Sexo: () 1.Masc. 2. Fem. 3. Ignorado		
4-Raça: () 1.Branca 2. Preta 3.Amarela 4.Parda 5.Indígena 6.Ignorada		
5-Escolaridade: () 1.Analfabeto 2. Ensino Fundamental 3. Ensino Médio 4. Ensino Superior		
6-Ocupação/Profissão:		
7-Estado Civil: () 1.Solteiro 2.Casado/União estável 3.Separado 4. Viúvo 5.Ignorado		
8-Religião: () 1.Católico 2. Evangélico 3. Espírita 4.Outros 5. Ignorado		
9-Orientação sexual: () 1.Homossexual 2.Heterossexual 3.Bissexual 4.Ignorado		
10-Tabagista: 1.Sim 2. Não 3.Ignorado		
11-Etilista: () 1.Sim 2.Não 3. Ignorado		
12-Uso de drogas ilícitas: () 1.Sim 2.Não 3.Ignorado		
13- Município de residência: () 1. Capital 2. Interior		14- Óbito: () 1. Sim 2. Não 15 – Se sim, data do óbito:
DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS		
16-Data do Diagnóstico:	17- Data de início da TARV	18-Data da última evolução clínica:
19-Provável modo de transmissão: () 1.Sexual 2.Sanguínea 3.Vertical 4.Ignorado		
20- Caso positivo por via sexual: () 1.Relações sexuais com homens 2.Relações sexuais com mulheres 3.Relações sexuais com homens e mulheres 4. Ignorado		
21- Caso positivo para o modo de transmissão por via sanguínea: () 1.Uso de drogas injetáveis 2.Tratamento/hemotransfusão para hemofilia 3.Transfusão sanguínea 4.Acidente com material biológico com soroconversão 5. Ignorado		
22- Presença de comorbidade: () 1. Sim 2.Não		
23 - Caso positivo na questão 22, especificar: () 1.Hipertensão 2. Diabetes 3.Acidente vascular encefálico 4.Cardiopatia 5.Depressão 6. Ansiedade 7. Dislipidemias 8. Linfoma/câncer 9.Convulsões 10. Outras (especificar):		
24-Uso de medicação Psiquiátrica: () 1.Sim 2.Não		
25- Presença de Coinfecções: () 1. Sim 2. Não		
26- Caso positivo na questão 25, especificar: () 1.Tuberculose 2. Hepatite B 3. Hepatite B 4.Sífilis 5. Doença de Chagas 6. Hanseníase 7.HTLV 8.Leishmaniose 9. Paracoccidiodomicose 10. Arboviroses 11. Outras (especificar):		

27- Presença de doenças oportunistas: () 1.Sim 2.Não	
28- Caso positivo na questão 27, especificar: () 1.Meningite 2.Toxoplasmose cerebral 3.Pneumocistose 4.Doença Citomegálica 5. Candidíase esofágica e orofaríngea 6. Histoplasmoses 7. Outras (especificar):	
29- Carga viral no momento do diagnóstico:	30- Contagem de linfócitos TCD4+ no momento do diagnóstico:
31- Penúltima carga viral: () 1. indetectável 2.< 50 cópias 3. 50 a 1.000 cópias 4. 1.001 a 3.500 cópias 5. ≥ 3.501 cópias	
32- Última carga viral: () 1. indetectável 2.< 50 cópias 3. 50 a 1.000 cópias 4. 1.001 a 3.500 cópias 5. ≥ 3.501 cópias	
33-Penúltima contagem de células TCD4+: () 1.< 200 cél/mm ³ 2. Entre 200 e 350 cél/mm ³ 3.entre 351 e 500 cél/mm ³ 4. ≥ 501 cél/mm ³	
34- Última contagem de células TCD4+: () data do resultado: 1.< 200 cél/mm ³ 2. Entre 200 e 350 cél/mm ³ 3.entre 351 e 500 cél/mm ³ 4. ≥ 501 cél/mm ³	
35-Uso contínuo de outros medicamentos: () 1.Sim 2. Não 3.Ignorado	
37-Reações Adversas: () 1.Presentes 2.Ausentes 3.Ignorado	
38- Se presentes na questão 41, especificar: () 1.Intolerância gastrointestinal 2. Vômitos 3. Diarréia 4. Insônia 5.Outros (especificar):	
39- Houve mudança de esquema terapêutico: () 1.Sim 2.Não	

ANEXOS

ANEXO A

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS A ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV POR IDOSOS

Pesquisador: MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95920618.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.924.727

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa, com fonte de dados secundários dos usuários registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e prontuário no Serviço de Arquivos Médicos (SAME).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão a terapia antirretroviral para o HIV por idosos segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

CEP: 58.051-900

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.924.727

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1194894.pdf	29/08/2018 18:21:10		Aceito
Outros	CertidaoHomologacao_PPGENF.pdf	29/08/2018 18:19:24	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
Outros	AnuenciaClementino_mestrado.pdf	29/08/2018 18:17:25	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA_VERSAOFINAL.doc	10/08/2018 08:17:55	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_AspectosEticos.docx	10/08/2018 08:12:03	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	10/08/2018 08:06:27	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/08/2018 08:05:16	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Assinada.pdf	10/08/2018 07:59:12	MILENNA AZEVEDO MINHAQUI FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

CEP: 58.051-900

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.924.727

Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br