



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

LAURA NYLAND JOST

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM
A ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)**

PASSO FUNDO - RS

2021

LAURA NYLAND JOST

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM
A ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)**

Trabalho de Curso de graduação apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo - RS, como requisito parcial para a obtenção do título de Médico.

Orientadora: Prof. Ma. Maríndia Biffi

Coorientadora: Prof. Dra. Shana Ginar da Silva

PASSO FUNDO - RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Jost, Laura Nyland

Perfil sociodemográfico de portadores de HIV e a relação com a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) / Laura Nyland Jost. -- 2021.

75 f.

Orientadora: Mestra Maríndia Biffi

Co-orientadora: Doutora Shana Ginar da Silva
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. HIV. 2. Cooperação e Adesão ao Tratamento. 3. Fármacos Anti-HIV. I. Biffi, Maríndia, orient. II. Silva, Shana Ginar da, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

LAURA NYLAND JOST

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM A
ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Trabalho de Curso de graduação apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo - RS, como requisito parcial para a obtenção do título de Médico.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

07/07/ 2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ma. Maríndia Biffi - UFFS

Orientadora

Prof. Dra. Vanderleia Laodete Pulga - UFFS

Gabriel Rossetto - SAE São Leopoldo

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado pela acadêmica Laura Nyland Jost, como requisito parcial para obtenção do título de Médico pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS, sob orientação da Prof^ª. Maríndia Biffi e coorientação da Prof^ª. Shana Ginar da Silva. Foi estruturado conforme as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e do Regulamento de Trabalho de Curso (TC) e é composto por Projeto de Pesquisa, Relatório de Pesquisa e Artigo Científico, sendo que o Projeto de Pesquisa foi construído no primeiro semestre de 2020, no componente curricular de Trabalho de Curso I. O Relatório de Pesquisa foi escrito no semestre 2020.2, no componente curricular de Trabalho de Curso II, e o Artigo foi elaborado no semestre 2021.1, no componente curricular de Trabalho de Curso III. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, que tem como principal objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico de portadores de HIV e investigar a relação com a adesão à terapia antirretroviral (TARV).

Palavras-chave: HIV. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Fármacos Anti-HIV.

ABSTRACT

The present work was elaborated by the academic Laura Nyland Jost, as a partial requirement to obtaining the title of Doctor from Federal University of the Southern Frontier, Passo Fundo campus, under the guidance of Prof. Maríndia Biffi and Prof. Shana Ginar da Silva. It was structured in accordance with the norms of the Academic Works Manual of the Federal University of Southern Frontier and with the Course Work Regulation and consist of Research Project, Research Report and Scientific Article. The Research Project was built in the first semester of 2020, in the curricular component of Course Work I. The Research Report was written in the 2020.2 semester, in the curricular component of Course Work II, and the Article was prepared in the semester 2021.1, in the curricular component of Work Course III. This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, whose main objective is to describe the sociodemographic and clinical profile of HIV patients and to investigate the relationship with adherence to antiretroviral therapy (ART).

Key words: HIV. Treatment Adherence and Compliance. Anti-HIV Agents.

O advento da AIDS deixou claro que as doenças infecciosas estão longe de ter sido derrotadas, e que seu repertório não se esgotou.

Susan Sontag

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DESENVOLVIMENTO.....	11
2.1. PROJETO DE PESQUISA	11
2.1.1 Resumo	11
2.1.2 Tema	11
2.1.3 Problemas de pesquisa	12
2.1.4 Hipóteses	12
2.1.5 Objetivos	12
2.1.6 Justificativa	13
2.1.7 Referencial teórico.....	14
2.1.8. Metodologia.....	22
2.1.9. Recursos	27
2.1.10. Cronograma	28
2.1.11. Referências	29
2.1.12. Apêndices	33
2.1.13. Anexos	40
2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA.....	42
2.2.1. Apresentação.....	42
2.2.2. Desenvolvimento.....	42
2.2.3. Considerações finais.....	43
3. ARTIGO	44
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
5. ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que acomete o sistema imunológico, tornando os pacientes mais susceptíveis a comorbidades. Até o presente momento, a ciência não identificou a cura para essa patologia, porém existem fármacos antirretrovirais capazes de suprimir a carga viral e preservar a imunidade dos pacientes, visto que o vírus apresenta afinidade por células de defesa, principalmente T CD4+ (ROJAS-CELIS et al., 2019).

A infecção ocorre em etapas, que se iniciam com um período de transmissão viral ineficiente, seguido de uma fase aguda de intensa replicação viral e disseminação para tecidos linfoides; uma crônica, muitas vezes assintomática e de ativação imune sustentada com replicação viral; e uma fase avançada de depleção acentuada de células T CD4 +, que leva à síndrome da imunodeficiência adquirida ou, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) (MOIR, 2011).

A AIDS foi identificada pela primeira vez na década de 1980 nos Estados Unidos, em jovens previamente saudáveis que apresentavam doenças oportunistas (GRECO, 2016). Com o passar dos anos, a infecção tornou-se uma pandemia, estando presente em todos os continentes, especialmente na África, onde estão 67,8% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (WHO, 2019).

Com o advento de Terapias Antirretrovirais (TARV), houve diminuição na morbimortalidade pelo HIV (BRASIL, 2018b). Os fármacos, essenciais para o controle da doença, são classificados de acordo com o mecanismo de ação, sendo eles: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores de integrase (INI) e inibidores de entrada (BRASIL, 2018b).

Porém, para que sejam alcançados os objetivos de tratamento, é necessária a adesão, a qual envolve, além do paciente, a equipe multidisciplinar do serviço de saúde e a situação social em que está inserido (BRASIL, 2018b). Assim, as chances de transmissão são diminuídas e sexualmente o vírus torna-se intransmissível (THE LANCET HIV, 2017).

De acordo com Melchior *et al.* (2007), os fatores sociais e culturais são os que mais dificultam a adesão ao tratamento, como estigma, estilo de vida, lazer e trabalho. Já estudo

publicado por Primeira *et al.* (2020), relata que a preocupação com o sigilo exerce influência negativa no processo, porém “preocupação com a saúde, preocupações com a medicação e função sexual” são fatores que incentivam a adesão. Ademais, atentar à saúde mental dos pacientes é fator facilitador da adesão, segundo Patrício *et al.* (2019) (MELCHIOR *et al.*, 2007; PATRÍCIO *et al.*, 2020; PRIMEIRA *et al.*, 2019).

As taxas de aderência apresentam elevada variabilidade de acordo com estudos e contextos em que as pesquisas são realizadas. No Brasil, dados apontam que a taxa de não adesão varia de 10.7% a 86.0%. Alguns fatores que influenciam nessa variação são os modelos de estudo, populações-alvo, instrumentos utilizados e critérios aplicados para caracterizar a adesão. Desse modo, a comparação entre as pesquisas é precária (SANTOS *et al.*, 2018). Em um município do Paraná, por exemplo, foi observada adesão de 34,4% e não adesão de 65,6% (LENZI *et al.*, 2018). Já em Manaus, no Amazonas, houve a classificação em alta, média e baixa adesão, sendo os resultados, respectivamente, 13%, 85% e 2% (MENEZES *et al.*, 2018).

Desse modo, é importante estudar a adesão ao tratamento, tendo em vista a influência dela no sucesso terapêutico. Assim, pacientes que apresentam carga viral indetectável, a partir do uso adequado de TARV, têm menos chances de transmitir o vírus. O fato, por sua vez, é relevante para a saúde pública (BRASIL, 2018b).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma pandemia de grande importância para a saúde global, visto que acomete 38 milhões de indivíduos e apresenta impactos na morbimortalidade dessa população. A transmissão pode ser sexual, sendo uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), ou através de contato sanguíneo. Para a permanência no organismo, o vírus desenvolve afinidade por células do sistema imunológico, principalmente linfócitos T CD4+, prejudicando a imunidade dos pacientes. Dessa forma, o indivíduo torna-se mais susceptível a doenças, principalmente quando não são usadas Terapias Antirretrovirais (TARV). Com o uso dos fármacos, há melhora na morbimortalidade, sendo possível a supressão da carga viral, além da manutenção de níveis adequados de linfócitos. Para que sejam alcançados os objetivos terapêuticos, contudo, deve haver adesão à TARV, com o uso correto dos antirretrovirais. Nesse aspecto, o presente estudo se propõe analisar o perfil dos pacientes com HIV, relacionando-o à adesão, por meio de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. Os dados serão coletados por meio da análise de prontuários e entrevista dos pacientes HIV positivo residentes em Marau/RS, com objetivo de caracterizar e identificar estes, além de definir a taxa de adesão. Como resultados, espera-se que a taxa de não adesão seja baixa (30%) que o perfil dos pacientes seja de homens, brancos, com até 11 anos de estudo e solteiros.

Palavras-chave: HIV. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Fármacos Anti-HIV.

2.1.2 Tema

Perfil sociodemográfico de portadores de HIV e a relação com a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV).

2.1.3 Problemas de pesquisa

Qual o perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV?

Qual o perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV não aderentes à TARV?

Quais as características clínicas dos pacientes com HIV não aderentes à TARV?

Qual a taxa de não adesão à TARV?

Quais são as principais barreiras para a adesão à TARV?

2.1.4 Hipóteses

A maior parte dos pacientes são jovens, de 20 a 30 anos, brancos, com até 11 anos de estudo, de classe média e solteiros. Não há predomínio de sexo.

A maior parte dos pacientes não aderentes são homens, brancos, com até 11 anos de estudo, de baixa renda, solteiros e de 50 a 60 anos de idade.

A carga viral destes pacientes é detectável, a contagem de T CD4+ é maior que 350 céls/mm³ e os indivíduos estão há 5 meses sem retirar a medicação.

A taxa de não adesão à TARV é de 30%.

As principais barreiras para a aderência ao tratamento farmacológico são: dificuldades na retirada, vergonha de familiares e/ou amigos e efeitos colaterais das medicações.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de portadores de HIV e investigar a relação com a adesão à terapia antirretroviral (TARV).

2.1.5.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV, quanto à cor da pele, gênero, idade, estado civil, renda, orientação sexual e escolaridade.

Analisar aspectos clínicos, como tempo de diagnóstico, tempo desde a última retirada de antirretrovirais, contagem de carga viral e de T CD4+.

Identificar a taxa de adesão e os fatores sociodemográficos associados.

Investigar as principais barreiras relacionadas a não adesão ao tratamento.

2.1.6 Justificativa

Justifica-se este trabalho pela importância da adesão ao tratamento antirretroviral, tendo em vista a supressão da carga viral. O fato é relevante considerando que um paciente não aderente tem maior chance de transmitir o HIV, agravando a pandemia. Atualmente, há 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, o que reforça a influência da patologia na saúde global. No Brasil, de acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, vivem 900 000 pessoas com HIV e, no município de Marau, foram diagnosticados 39 casos de janeiro de 2007 a junho de 2018, segundo Boletim Epidemiológico do estado do Rio Grande do Sul/2018. Ademais, um paciente não aderente pode apresentar complicações decorrentes da infecção, como a AIDS e doenças oportunistas. Percebe-se também que existem poucos estudos que abordam aspectos relacionados ao perfil dos pacientes que não aderem à TARV. Porém, com estes conhecimentos, seria possível melhor planejamento de ações em saúde direcionadas a grupos de maior risco.

2.1.7 Referencial teórico

2.1.7.1 Histórico

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que foi isolado em laboratório pela primeira vez em 1983 e, em 1985, foi realizada sua genotipagem (BARRÉ-SINOUSSE; ROSS; DELFRAISSY, 2013). Existem dois principais tipos, HIV-1 e HIV-2, sendo o primeiro mais comum, especificamente o subgrupo HIV-1 M (SAHA; BHATTACHARYA, 2020).

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) ou Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) é causada pelo HIV e corresponde ao estágio avançado desta Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a qual acomete indivíduos de ambos os sexos, de diversas culturas e de diferentes classes sociais. Assim, a virulência depende de diversos fatores, dentre eles a via de contágio, quantidade de vírus e características do hospedeiro, como sexo, idade, estado imunológico e espécie (ROMANI; ENGELBRECHT, 2009).

Em 1981, foram relatados os primeiros casos de AIDS nos Estados Unidos, em jovens, homossexuais, previamente saudáveis. A complexidade da epidemia, segundo Greco (2016), está relacionada a “diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito)” (GRECO, 2016). Para Sontag (1998), o termo AIDS não faz referência a uma doença, mas diz respeito a um espectro de doenças relacionadas a um estado clínico.

Em 1987, o secretário da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos considerou que a epidemia mundial de AIDS poderia vir a se tornar pior que a Peste Negra (SONTAG, 1988). Atualmente, é considerada uma das pandemias mais devastadoras da história (ROJAS-CELIS et al., 2019). De acordo com Montagnier (2010), mudanças no comportamento sexual, uso de drogas, imunodepressão e aumento no número de coinfeções são fatores que influenciaram na disseminação do HIV, tornando-o uma epidemia global.

Em 1992, foi assinado acordo com o Banco Mundial, incentivando a participação social na luta contra a AIDS, superando e amenizando os conflitos entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais. A partir deste marco, foi promovida a criação de diversas Organizações Não Governamentais (ONG), as quais retomam aspectos históricos, usando-os como respaldo para a participação política (VALLE, 2018).

2.1.7.2 Fisiologia, diagnóstico e acompanhamento

A infecção pelo HIV pode ocorrer de diferentes formas. Primeiramente, a transmissão materno-fetal ou materno-infantil, também conhecida como transmissão vertical, ocorre intra-útero, no momento do parto, bem como através da amamentação. As formas sexuais de contágio são por relação anal, em que se destaca a transmissão entre homens que fazem sexo com homens, e por relação heterossexual. Cita-se também a transmissão por drogas injetáveis, por transfusão sanguínea, por acidente de trabalho com materiais perfuro-cortantes e por transplante de órgãos (LUCAS; NELSON, 2014).

O hospedeiro, ao entrar em contato com o vírus, ativa seu sistema de defesa, visando a eliminação. Contudo, o HIV desenvolveu proteínas que proporcionam a sua permanência no organismo (ROMANI, ENGELBRECHT, 2009). Para isso, há interação com receptores CD4 e receptores de quimiocina CCR5 e CXCR4, presentes em linfócitos T CD4+; monócitos e macrófagos (CD68+); e células dendríticas (LUCAS; NELSON, 2014).

Nas primeiras semanas após o contato com o vírus, o paciente apresenta alguns sintomas, os quais são enquadrados na síndrome retroviral aguda (SRA). Dentre estes, cita-se faringite, cefaleia, astenia, adenopatia, febre, exantema e mialgia. Neste período, há elevada carga viral e alta possibilidade de transmissão, além de diminuição na contagem de linfócitos T CD4+. A Síndrome é autolimitada e após 3 ou 4 semanas há resolução, ainda que possam persistir algumas manifestações, como linfadenopatia (BRASIL, 2018b).

Após esta fase, há a latência clínica, que pode durar aproximadamente 10 anos sem tratamentos. É possível observar linfadenopatia no exame físico e plaquetopenia em exames laboratoriais, além de anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leve (BRASIL, 2018b).

Em pacientes com contagem de T CD4+ abaixo de 350 céls/mm³, são mais frequentes as infecções bacterianas, como tuberculose. Caso haja avanço da imunodeficiência, pode haver resposta tardia a terapias com antibióticos, apresentações atípicas das patologias, além de reativação de infecções pregressas (BRASIL, 2018b).

No estágio avançado da infecção, há ocorrência de infecções oportunistas (IO) e cânceres, o que está relacionado com a AIDS. Nestes casos, geralmente há contagem de T CD4+ inferior a 200 céls/mm³ (BRASIL, 2018b).

De acordo com o Ministério da Saúde, as IO mais relevantes são “pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus” (BRASIL, 2018b). Para diminuir a incidência destas é importante o uso adequado de TARV, o qual também reduz a morbimortalidade das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (FAGUNDES et al., 2010).

Um estudo realizado com PVHIV na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos mostrou que, com a tendência de diminuição da carga viral, houve redução das taxas de óbito por AIDS. Para pacientes sem AIDS, cânceres são a principal causa de óbito. Além disso, com o uso de TARV, a expectativa de vida de PVHIV e da população em geral têm se aproximado (SMITH et al., 2014).

Para isso, o ideal é que o diagnóstico da infecção seja feito precocemente, antes do aparecimento de sintomas. O Ministério da Saúde recomenda a oferta de testes para todos os pacientes sexualmente ativos, especialmente se houve exposição de risco. Assim, são utilizados testes rápidos tanto para HIV quanto para outras IST, sem haver qualquer tipo de coerção para a testagem (BRASIL, 2018b).

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 29, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV e normatiza a testagem para o HIV em território nacional. Dessa maneira, foi definida a utilização de testes rápidos, que podem ser feitos em até 30 minutos. Esse tipo de imunoenensaio possibilitou a ampliação da testagem da população (BRASIL, 2018b).

Com a confirmação do diagnóstico, devem ser realizados exames complementares, como: contagem de LT-CD4+ e exame de CV-HIV, hemograma completo, glicemia de jejum, dosagem de lipídios e avaliação de marcadores renais e hepático, além de testes para outras infecções, como sífilis (BRASIL, 2018b).

A periodicidade das consultas varia entre os pacientes. Após o início do tratamento ou sua modificação, é recomendada consulta em 7 a 15 dias. Depois deste período, é possível que sejam necessárias consultas mensais até que o quadro esteja estável e o acompanhamento possa ser semestral (BRASIL, 2018b).

Exames de CV-HIV e contagem de LT-CD4+ também são realizados periodicamente. Para pacientes em uso de TARV, assintomáticos, com carga viral indetectável e que apresentam contagem de LT-CD4+ maior que 350 céls/mm³ em dois exames consecutivos, não é indicada

a realização de nova contagem. Para os demais pacientes, deve ser realizada a cada 6 meses. Exames de CV-HIV de seguimento são feitos a cada 6 meses; após início ou modificação do tratamento, em 8 semanas; e, para confirmação de falha virológica, após 4 semanas da detecção de CV-HIV (BRASIL, 2018b).

2.1.7.3 Perfil sociodemográfico dos portadores de HIV no Brasil

O perfil dos pacientes com HIV é dinâmico, o qual sofreu alterações desde a década de 80. Inicialmente, a infecção era associada a “homossexuais masculinos, usuários de drogas intravenosas e receptores de sangue e seus derivados ou componentes”. Atualmente, contudo, vê-se o aumento do acometimento de mulheres e heterossexuais (NETO et al., 2010).

Estudos foram realizados a fim de analisar o perfil dos pacientes com HIV em diferentes contextos. Duas pesquisas distintas, uma do sul de Santa Catarina e outra do litoral do Rio de Janeiro, constataram o predomínio de homens de baixa escolaridade que se contaminaram pela via sexual (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; DANTAS et al., 2017). Em um município de Minas Gerais, contudo, não se verificou prevalência de sexo, mas a baixa escolaridade continuou prevalente entre os pacientes (NETO et al., 2010).

Já em um hospital da Bahia, o perfil foi de adultos jovens, do gênero masculino e heterossexuais (AMORIM et al., 2011). Em um estudo no Maranhão, o perfil foi de indivíduos do sexo do masculino, residentes na zona urbana, pardos e que possuem ensino fundamental incompleto (GALVÃO; DA COSTA; GALVÃO, 2017).

Ao se analisar a população de idosos que vivem com HIV em um município do Rio Grande do Sul, constatou-se que a maioria das infecções ocorreu antes dos 60 anos e por via sexual. O predomínio, ademais, foi de homens brancos com até 4 anos completos de estudo (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

No Brasil, portanto, observa-se a tendência de pauperização, feminização e interiorização do HIV (GALVÃO; DA COSTA; GALVÃO, 2017). Ainda assim, há mais casos entre indivíduos do sexo masculino, porém a diferença entre os sexos tem diminuído (SOUZA et al., 2013).

2.1.7.4. Políticas públicas

A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde na prevenção do HIV é a “Prevenção Combinada”, a qual envolve diversas ações relacionadas à patologia. Cita-se três principais abordagens: comportamental, estrutural e biomédica. Além disso, deve-se considerar ações individuais, coletivas e sociais. Dessa forma, atenta-se às diversas características dos indivíduos, bem como aos variados contextos em que estão inseridos (BRASIL, 2017).



Fonte: BRASIL (Ministério da Saúde), [201-].

Uma iniciativa biomédica clássica é o uso de métodos de barreira, os quais impedem a liberação de espermatozoides em cavidades e seu contato com mucosas (BRASIL, 2017). Esta é uma estratégia de baixo custo e alta eficácia, porém a promoção do uso apresenta desfecho contraditório (GONÇALVES et al., 2020). A má adesão ao uso de preservativos está associada ao início precoce de atividade sexual (com menos de 15 anos), pois existe um sentimento de invulnerabilidade entre os jovens (PINTO et al., 2018).

Para pessoas que apresentam alto risco de contágio pelo HIV, recomenda-se o uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que é composta por dois inibidores da transcriptase reversa (tenofovir e emtricitabina) (SAHA; BHATTACHARYA, 2020). A Organização Mundial da Saúde indica o uso para pessoas com risco substancial, isto é, pertencentes a grupos em que sem o uso de PrEP a incidência de contágio é maior que 3 a cada 100 indivíduos por ano (WHO, 2015).

Para que seja aconselhado a PrEP, é importante abordar práticas sexuais, contextos de vulnerabilidade, populações com maior prevalência de HIV e parcerias sexuais. Como grupos prioritários, cita-se: “gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras sexuais, parcerias sorodiferentes para o HIV (parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não)” (BRASIL, 2017).

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) diz respeito ao uso de antirretrovirais após situações de risco de contágio pelo HIV, com o objetivo de impedir a replicação viral no organismo. Dessa forma, indica-se para pessoas que sofreram violência sexual, acidente ocupacional ou tiveram relação sexual desprotegida (BRASIL, 2017). O tratamento preferencial é composto por tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e dolutegravir (DTG), deve ser iniciado em até 72 horas e tem duração de 28 dias (BRASIL, 2018c).

No Brasil, o tratamento da AIDS está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e faz parte do componente estratégico da Assistência Farmacêutica, proporcionando-se acesso equitativo a medicamentos que fazem parte da terapêutica de doenças com influência epidemiológica e socioeconômica. Estes insumos são comprados pelo Ministério da Saúde e armazenados e distribuídos pelas esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2018a).

2.1.7.5. Tratamento

O tratamento do HIV se dá através de Terapias Antirretrovirais (TARV), as quais combinam diferentes fármacos. Dentre eles, pode-se citar os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores de integrase (INI) e inibidores de entrada (BRASIL, 2018b).

A primeira linha de tratamento consiste em dois ITRN associados a um medicamento de outra classe, como ITRNN, inibidores de protease com reforço de ritonavir (IP/r) ou INI (BRASIL, 2018b). A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica o uso de dois ITRN combinados com ITRNN ou INI (WHO, 2016). No Brasil, tem-se como indicação iniciar o tratamento antirretroviral com lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) (ITRN), associados a dolutegravir (DTG) (INI) (BRASIL, 2018b).

O Ministério da Saúde recomenda que seja iniciada precocemente a terapia antirretroviral, independentemente do estado clínico e/ou imunológico do paciente. Os benefícios são redução da tuberculose e outras IO, diminuição da transmissão do vírus e maior disponibilidade de diferentes terapias (BRASIL, 2018b).

Alguns pacientes podem apresentar falha virológica, a qual é reconhecida quando a carga viral (CV) permanece detectável após seis meses do início do tratamento ou de sua modificação; ou quando há rebote da CV, isto é, um paciente que estava com CV indetectável volta a apresentá-la. É importante atentar a isso, considerando que pode acarretar avanço da doença e resistência aos ARV (BRASIL, 2018b).

Para que seja possível a supressão da carga viral e sua manutenção, é fundamental que o paciente adira ao tratamento, sendo a má adesão uma das principais causas de falha terapêutica. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), “considera-se como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80%” (BRASIL, 2018b).

A Organização Mundial da Saúde, por outro lado, define adesão ao tratamento como “até que ponto o comportamento de uma pessoa - tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas de um médico” (WHO, 2013).

A Nota Técnica nº 208/2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS determina critérios de alerta de má adesão e de abandono ao tratamento. Desse modo, no parágrafo quinto, são definidos como sinais de alerta: não retirar medicamentos 7 dias após a data prevista ou não comparecer a consultas médicas agendadas. Como critérios para abandono, cita-se: não retirar medicamentos a partir de 3 meses após a data prevista e não retornar às consultas em 6 meses (parágrafo sexto) (BRASIL, 2009).

Dessa forma, uma boa adesão ao tratamento antirretroviral é importante para que haja supressão da carga viral e melhora imunológica, bem como para diminuir o risco de resistência aos fármacos e de transmissão do HIV (WHO, 2013). Para isso, deve-se atentar a fatores que influenciam no processo, o qual é colaborativo, como acolhimento do paciente, apoio social, capacitação da equipe e esquemas terapêuticos simplificados (BRASIL, 2018b).

Por outro lado, aspectos como baixa escolaridade, abuso de álcool e outras drogas e não aceitação da soropositividade dificultam a adesão (BRASIL, 2018b). Desta maneira, as taxas de não adesão à TARV variam de acordo com as pesquisas e os contextos em que estão

inseridas. De acordo com Santos (2018), os valores vão de 10,7% a 86,0% (SANTOS et al., 2018).

É relevante citar outras causas de falha virológica, como: resistência viral adquirida, resistência transmitida, esquemas inadequados, interações medicamentosas e outras comorbidades. Nestes casos, é realizada genotipagem do vírus, a qual fornece informações relevantes para a escolha do esquema de resgate (BRASIL, 2018b).

Dados apontam que o tratamento com terapias antirretrovirais (TARV) reduzem o risco de transmissão do HIV, o que é essencial para o controle da pandemia (WARE, 2020). Com o uso adequado, a carga viral torna-se indetectável, fazendo com que não haja transmissão sexual. Em 2016, nos Estados Unidos, a *Prevention Access Campaign* criou o slogan “undetectable = untransmittable” (ou “indetectável = intransmissível”), o qual foi embasado em estudos feitos desde os anos 2000. Destes, destacam-se *HPTN 052* e *PARTNER study*, os quais avaliaram casais sorodiscordantes, sendo que não houve nenhum caso de transmissão do paciente portador do vírus para o soronegativo (THE LANCET HIV, 2017).

O acesso ao tratamento é complexo e deve levar em conta fatores psicossociais, clínicos e demográficos, considerado que a distância física até os centros de tratamentos pode dificultar a adesão (AMRAM, 2018). Apesar dos benefícios do tratamento antirretroviral, como diminuição do risco de doenças oportunistas e da carga viral, ele não elimina o HIV dos reservatórios latentes (ROJAS-CELIS et al., 2019).

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico.

2.1.8.2. Local e período da realização

O estudo será realizado no município de Marau/RS, de novembro de 2020 a agosto de 2021.

2.1.8.3. População e amostragem

A população consistirá em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) que residem em Marau/RS, um município situado ao Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Assim, será realizada uma amostragem não probabilística, por meio de um censo com todos os pacientes acompanhados pela vigilância epidemiológica do município. Estima-se incluir um $n= 80$ indivíduos.

Como critérios de inclusão, cita-se: ser portador do HIV, de ambos os sexos, ser maior de 18 anos, residir em Marau/RS e fazer uso de terapia antirretroviral (TARV) há pelo menos 3 meses. Será utilizado como critério de exclusão: ter prontuário sem dados referentes à contagem de carga viral, à contagem de células TCD4+ e ao tempo desde a última retirada de medicação.

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados, sociodemográficos e clínicos, serão coletados a partir de prontuário extraído do Sistema G-MUS e de questionário autoaplicável. As informações obtidas através dos prontuários serão transcritas para o formulário apresentado no apêndice A.

O questionário autoaplicável também será utilizado para avaliação das principais barreiras para a adesão ao tratamento (apêndice B). Além disso, constará neste os instrumentos SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) (anexo A) e CEAT-VIH (Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral) (anexo B).

Com a utilização dos questionários padronizados, espera-se caracterizar as taxas de adesão. Com o instrumento SMAQ, serão obtidos os dados referentes à adesão relacionados ao não uso de medicação na última semana, no último final de semana e nos últimos três meses. Além disso, será questionada a percepção dos pacientes quanto à falta de cuidado com o tratamento e se houve interrupção do mesmo devido a efeitos adversos (KNOBEL et. al., 2002).

Já com o questionário CEAT-VIH, serão coletadas variáveis que dizem respeito ao envolvimento do paciente com o tratamento, bem como sua autocrítica relacionada ao uso das medicações. Ademais, será possível avaliar seu engajamento com a TARV (REMOR et. al., 2007).

A partir de ambos os instrumentos, será possível verificar se os pacientes que retiram a medicação fazem de fato o uso correto. Cabe ressaltar, ainda, que ambos foram validados no Brasil (KNOBEL et. al., 2002; REMOR et. al., 2007).

O preenchimento do questionário será feito juntamente ao setor da Vigilância Epidemiológica, no momento da retirada dos medicamentos. Caso o paciente não compareça, o questionário não poderá ser autoaplicável e, portanto, será realizado contato telefônico por um entrevistador, previamente treinado e membro da equipe de pesquisa. Os contatos telefônicos serão fornecidos pela equipe de saúde local e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será lido.

Haverá treinamento com os integrantes da equipe de pesquisa, a fim de padronizar a coleta e informá-los sobre os itens deste projeto. Cabe ressaltar, também, que serão abordados os aspectos éticos durante o treinamento, principalmente quanto ao sigilo.

O desfecho do presente estudo (variável dependente) será a taxa de não adesão ao tratamento antirretroviral. Será utilizada a variável “*tempo desde a última retirada de medicamentos*” para caracterizar a adesão. Dessa forma, serão considerados não aderentes ao tratamento pacientes que não retiraram medicamentos há mais de 3 meses, considerando como ponto de corte a data inicial da coleta de dados. O critério está de acordo com a Nota Técnica nº 208/2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS (BRASIL, 2009).

As variáveis independentes a serem coletadas são: (1) sociodemográficas: data de nascimento, naturalidade, gênero, nacionalidade, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda, orientação sexual; (2) clínicas: carga viral, contagem de células T CD4+, tempo de diagnóstico, tempo desde a última retirada de medicamentos, tempo desde a última consulta médica, presença de efeitos colaterais à TARV, uso de álcool e drogas, tabagismo, aceitação do diagnóstico; e (3) principais barreiras para a adesão ao tratamento. A partir destes dados, será possível identificar associações com a não adesão ao tratamento.

2.1.8.5. Logística, processamento e análise de dados

A coleta, análise e processamento dos dados obtidos serão realizados após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/RS e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

A equipe de pesquisa se deslocará quinzenalmente até a sede da Vigilância Epidemiológica do município, de fevereiro a abril de 2021. A coleta será realizada em espaço cedido pela Secretaria Municipal de Saúde, sem que haja qualquer interferência na rotina do serviço. Nestes encontros, que ocorrerão nas sextas-feiras, das 13h30 às 16h, haverá a transcrição das informações dos prontuários para o formulário apresentado no apêndice A. Os membros da equipe terão acesso aos documentos, fornecidos pelos profissionais de saúde locais, enquanto estiverem realizando a atividade.

Os prontuários serão acessados por meio da plataforma de pesquisa de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), a partir de um computador conectado à internet, de modo a não interferir nas atividades do serviço. As informações referentes à retirada de medicamentos serão coletadas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Os acessos se darão através de login e senha disponibilizados previamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

Será fornecido um questionário autoaplicável, aos participantes quando forem retirar a medicação, a fim de avaliar as características sociodemográficas e clínicas e as principais barreiras para a adesão ao tratamento. Em abril de 2021, ocorrerão as ligações telefônicas aos pacientes que não comparecerem ao serviço.

As atividades referentes à coleta de dados serão realizadas pelos membros da equipe de pesquisa. Isto inclui: transcrição dos dados dos prontuários, fornecimento dos questionários autoaplicáveis e entrevistas telefônicas.

Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e compreenderá a distribuição dos entrevistados em relação aos critérios sociodemográficos analisados.

Far-se-á uma análise descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV, além da pesquisa de relação destas informações com o tempo desde última retirada de ARV, dado que reflete a adesão dos pacientes.

A prevalência do desfecho principal e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) será descrita. Na análise estatística, será feita a distribuição de frequências absolutas (n) e

relativas (%) das variáveis independentes. O teste utilizado será o qui-quadrado, para o qual será admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

2.1.8.6. Aspectos éticos

Realizar-se-á a pesquisa respeitando a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Ademais, ela será submetida à Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) por meio da Plataforma Brasil.

Aos participantes, será apresentado o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C), o qual será impresso em duas vias, no caso do questionário autoaplicável, e lidos nas chamadas telefônicas para que o paciente comunique oralmente sua concordância em participar da pesquisa. O contato telefônico será realizado apenas com os pacientes que não comparecerem ao serviço em um período de 3 meses.

Todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados zelando pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos. Para o acesso aos dados dos prontuários, os membros da equipe de pesquisa assinarão o Termo de Compromisso de Uso de Dados em Arquivo (TCUD) (apêndice D).

A coleta de dados será iniciada somente após completos os trâmites legais acima descritos. Esse Termo de Consentimento garantirá aos pacientes: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si, a privacidade, o anonimato, o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

Riscos

Para os participantes, há o risco de exposição acidental dos dados. De forma a minimizar tal risco, o nome do paciente será substituído por um código de verificação. Caso ocorram imprevistos, a pesquisa será interrompida.

Devido aos questionários autoaplicáveis e às entrevistas telefônicas, existe o risco de o participante sofrer perguntas invasivas com risco de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a

atividade desenvolvida será interrompida e oferecer-se-á a possibilidade de atendimento com profissional da área da saúde.

Em relação às ligações telefônicas, existe o risco de exposição do paciente. Para garantir a privacidade, o entrevistador irá informar que está em local isolado.

Espera-se apresentar os resultados da pesquisa em eventos, porém será respeitado o anonimato dos pacientes. Os dados coletados, desse modo, serão armazenados por cinco anos em local seguro e privativo no Campus Passo Fundo da UFFS. Após cinco anos, o banco de dados será deletado dos computadores utilizados no estudo, com deleção permanente (esvaziamento da lixeira do computador), e os documentos impressos serão destruídos através de incineração.

Benefícios e devolutiva

Com este estudo, o serviço de saúde do município de Marau terá como benefício o acesso a uma análise do perfil dos pacientes, o que pode auxiliar na criação de políticas públicas, tendo em vista melhorias no acompanhamento longitudinal. Dessa forma, pacientes serão beneficiados de forma indireta.

Ademais, como benefício direto aos participantes, será elaborado folheto informativo, ao término do estudo, sobre a importância do uso correto dos ARV, a ser entregue a todos os pacientes que comparecerem ao serviço para a retirada dos medicamentos. Neste documento também constará os resultados da pesquisa, como forma de devolutiva. Para que a equipe de saúde conheça os dados e suas análises, será concedida uma cópia da versão final do trabalho.

2.1.9. Recursos

Quadro 1: Orçamento

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Impressões	Impressões	150	R\$ 0,15	R\$ 22,50
Canetas	Caneta	2	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Pastas	Pasta	2	R\$ 5,00	R\$ 10,00
Pen drives	Pen drive 32gb	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Gasolina	Litro	50	R\$ 4,30	R\$ 215,00
TOTAL				R\$ 271,50

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A equipe de pesquisa será responsável pela aquisição dos materiais necessários.

2.1.10. Cronograma

Quadro 2: Cronograma de Execução (Início em 11/2020 e Término em 08/2021)

Atividades/ Período	Mês 1 nov/ 2020	Mês 2 dez/ 2020	Mês 3 jan/ 2021	Mês 4 fev/ 2021	Mês 5 mar/ 2021	Mês 6 abr/ 2021	Mês 7 mai/ 2021	Mês 8 jun/ 2021	Mês 9 jul/ 2021	Mês 10 ago/ 2021
Apreciação Ética	X									
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados				X	X	X				
Entrega de relatório parcial ao CEP/UFS					X					
Processamento e análise de dados				X	X	X	X			
Redação e divulgação dos resultados							X	X	X	
Entrega de relatório final ao CEP/UFS										X

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

2.1.11. Referências

AFFELDT, Â. B.; SILVEIRA, M. F. DA; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 79–86, mar. 2015.

AMORIM, M. A. S. et al. Clinical and epidemiological profile of patients with hiv/aids hospitalized at the hospital for reference in the state of Bahia, Brazil. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 5, n. 6, p. 1475–1482, 10 jul. 2011.

AMRAM, O. et al. Distance to HIV care and treatment adherence: Adjusting for socio-demographic and geographical heterogeneity. **Spatial And Spatio-temporal Epidemiology**, [s.l.], v. 27, p.29-35, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sste.2018.08.001>.

BARRÉ-SINOUSSE, Françoise; ROSS, Anna Laura; DELFRAISSY, Jean-françois. Past, present and future: 30 years of hiv research. **Nature Reviews Microbiology**, [s.l.], v. 11, n. 12, p. 877-883, 28 out. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro3132>.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Nota Técnica nº 208/2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS**: orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília, 2009.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018**. Brasília, 2018a.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Prevenção Combinada**. Brasília, [201-]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>. Acesso em: 22 set. 20.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Prevenção Combinada do HIV**. Brasília, 2017.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2018b.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília, 2018c.

DANTAS, C. de C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos em um centro de saúde da região litorânea do estado de rio de janeiro, brasil, 2010-2011. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 1, p. 22–32, 11 jul. 2017.

FAGUNDES, Vinicius Henrique Veraldo *et al.* Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. **Acta Scientiarum. Health Science**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 141-145, 30 set. 2010. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.4508>.

GALVÃO, J. M. V.; DA COSTA, A. C. M.; GALVÃO, J. V. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. **Rev. Enferm. UFPI**, p. 4–8, 2017.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>.

GÓES, C. C.; SANTOS, F. H. **Estudo neurocognitivo de pacientes com hiv e as suas relações com qualidade de vida e adesão ao tratamento**. Bauru, 2016.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro *et al.* Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e ba. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1897-1912, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.15832018>. LUCAS, Sebastian; NELSON, Ann Marie. HIV and the spectrum of human disease. **The Journal Of Pathology**, [s.l.], v. 235, n. 2, p. 229-241, 11 dez. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/path.4449>.

KNOBEL, H. et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. **AIDS (London, England)**, v. 16, n. 4, p. 605–613, 8 mar. 2002.

LENZI, L. et al. Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 87–93, dez. 2007.

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

MOIR, Susan; CHUN, Tae-wook; FAUCI, Anthony S.. Pathogenic Mechanisms of HIV Disease. **Annual Review Of Pathology: Mechanisms of Disease**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.223-248, 28 fev. 2011. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-pathol-011110-130254>.

MONTAGNIER, Luc. 25 years after HIV discovery: prospects for cure and vaccine. **Virology**, [s.l.], v. 397, n. 2, p. 248-254, fev. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.virol.2009.10.045>.

NETO, J. F. R. et al. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 22–29, 2010.

PATRÍCIO, A. C. F. DE A. et al. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1288–1294, out. 2019.

PINTO, Valdir Monteiro *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de são paulo, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.],

v. 23, n. 7, p. 2423-2432, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>.

PRIMEIRA, M. R. et al. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685–694, out. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids**. Porto Alegre, 2018.

ROJAS-CELIS, Victoria *et al.* New Challenges of HIV-1 Infection: how hiv-1 attacks and resides in the central nervous system. **Cells**, [s.l.], v. 8, n. 10, p. 1245, 13 out. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/cells8101245>.

ROMANI, Bizhan; ENGELBRECHT, Susan. Human immunodeficiency virus type 1 Vpr: functions and molecular interactions. **Journal Of General Virology**, [s.l.], v. 90, n. 8, p. 1795-1805, 1 ago. 2009. Microbiology Society. <http://dx.doi.org/10.1099/vir.0.011726-0>.

SAHA, Mrinmoy; BHATTACHARYA, Shreya. A Brief Overview on HIV Infection, Diagnosis and Treatment. **Current Topics In Medicinal Chemistry**, [s.l.], v. 19, n. 30, p. 2739-2741, 3 jan. 2020. Bentham Science Publishers Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2174/156802661930200103091335>.

SANTOS, M. A. et al. Monitoring self-reported adherence to antiretroviral therapy in public HIV care facilities in Brazil. **Medicine**, v. 97, n. 1 Suppl, 25 maio 2018.

SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 87–94, mar. 2013.

SMITH, Colette J *et al.* Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: a. **The Lancet**, [s.l.], v. 384, n. 9939, p. 241-248, jul. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60604-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60604-8).

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Schwarcz, 1988.

SOUZA, C. C. DE et al. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Epidemiológico. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 11, n. 35, 14 maio 2013.

U=U taking of in 2017. **The Lancet HIV**, vol. 4, p. e475, novembro 2017. Editorial.

VALE, F. C. et al. Desenvolvimento e validação do Questionário WebAd-Q para monitorar adesão à terapia do HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 62, 28 maio 2018.

VALLE, Carlos Guilherme do. Memórias, histórias e linguagens da dor e da luta no ativismo brasileiro de HIV/Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad (rio de Janeiro)**, [s.l.], n. 30, p. 153-182, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.08.a>.

VELAME, K. T. et al. Factors related to adherence to antiretroviral treatment in a specialized care facility. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 3, p. 290–295, mar. 2020.

WARE, Norma C. *et al.* Influences on Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Early-Stage HIV Disease: Qualitative Study from Uganda and South Africa. **AIDS and Behavior**, [s.l.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Brazil: HIV Country Profile. 2019. Disponível em: <https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>. Acesso em: 23 ago. 20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.** Geneva, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.** Geneva, 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Number of people (all ages) living with HIV: Estimates by WHO region.** 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>. Acesso em: 23 ago. 20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.** 2013.

2.1.12. Apêndices

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE TRANSCRIÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

1. Código	
2. Data de nascimento	
3. Sexo	(0) Feminino (1) Masculino
4. Naturalidade	(0) Marau (1) Outra (2) Não informado
5. Carga viral	(0) Indetectável (1) Detectável (2) Não informado
6. Contagem de células T CD4+	(0) ≤ 350 milhões/mm ³ (1) > 350 milhões/mm ³ (2) Não informado
7. Tempo de diagnóstico	(0) Até 6 meses (1) 7 meses a 1 ano (2) 1 a 3 anos (3) 4 a 10 anos (4) 11 anos ou mais
8. Tempo desde a última retirada	(0) Até 1 mês e 7 dias (1) 1 mês e 8 dias a 3 meses (2) 4 a 6 meses (3) 7 meses ou mais
9. Tempo desde a última consulta médica	(0) Até 1 mês e 7 dias (1) 1 mês e 8 dias a 3 meses (2) 4 a 6 meses (3) 7 meses ou mais

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Código	
2. Qual a sua nacionalidade?	(0) Brasileira (1) Estrangeira
3. Qual o seu estado civil?	(0) Solteiro (1) Casado (2) Divorciado (3) Viúvo
4. Qual a cor da sua pele?	(0) Branco (1) Preto (2) Amarelo (3) Pardo (4) Indígena
5. Durante quantos anos você estudou?	(0) 1 a 3 anos (1) 4 a 7 anos (2) 8 a 11 anos (3) 12 anos ou mais
6. Qual a sua renda familiar?	(0) Até 1 salário mínimo (1) 1 a 3 salários mínimos (2) 3 a 9 salários mínimos (3) 9 a 12 salários mínimos (4) Mais de 12 salários mínimos
7. Qual a sua orientação sexual?	(0) Heterossexual (1) Homossexual (2) Bissexual (3) Outra
8. Quantas vezes você não tomou a medicação no último mês ou tomou no horário errado?	(0) Nenhuma (1) 1-2 vezes (2) 3-4 vezes (3) 5 vezes ou mais
9. Você já sentiu algum efeito colateral da medicação?	(0) Não (1) Sim, mas não me impediu de tomar a medicação (2) Sim e pensei em parar de tomar a medicação (3) Sim e parei de tomar a medicação
10. Quais as razões para que você não tome a medicação (caso isto ocorra)? (Nesta questão, marque todas as alternativas que se aplicam a você).	(0) Sempre tomo a medicação de forma adequada e não há fatores que me impeçam ou desestimulem (1) Vergonha de familiares e/ou amigos (2) Ingestão de bebidas alcoólicas (3) Viagens

	<ul style="list-style-type: none"> (4) Festas (5) Efeitos colaterais (6) Outras dores (7) Outras doenças (8) Esquecimento (9) Dificuldades na retirada
11. Você fuma?	<ul style="list-style-type: none"> (0) Sim (1) Não
12. Você bebe (bebidas alcoólicas)?	<ul style="list-style-type: none"> (0) Sim (1) Não
13. Você usa alguma droga?	<ul style="list-style-type: none"> (0) Sim (1) Não
14. Se sim, qual/quais?	<ul style="list-style-type: none"> (0) Maconha (1) Crack (2) Cocaína (3) Ecstasy (4) Inalantes (5) Anfetaminas
15. Como você encara a sua soropositividade?	<ul style="list-style-type: none"> (0) Tenho dificuldades em aceitar o diagnóstico (1) Sinto raiva (2) Sinto-me culpado (a) (3) Sinto-me triste e/ou deprimido (a) (4) Considero que aceito bem o diagnóstico

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Perfil sociodemográfico de portadores de HIV e a relação com a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV)

Prezado participante,

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV e sua relação com a adesão à terapia antirretroviral (TARV)**”, desenvolvida pela acadêmica Laura Nyland Jost, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Prof. Ma. Maríndia Biffi e coorientação da Prof. Dra. Shana Ginar da Silva.

O objetivo central da pesquisa é descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana e investigar os fatores associados a não adesão à terapia antirretroviral (TARV).

O(A) Sr.(a) está sendo convidado por ser portador do HIV, ter mais de 18 anos, residir em Marau/RS e fazer uso de TARV há pelo menos 3 meses. A sua participação nesse estudo é importante, pois auxiliará a traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana e a investigar os fatores associados a não adesão à TARV.

Sua participação não é obrigatória e o(a) Sr.(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. É possível desistir da colaboração com este estudo no momento em que desejar, sem a necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Além disso, o(a) Sr.(a) não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você fornecidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa através dos meios de contato explicitados neste termo.

A sua participação se dará através do preenchimento do questionário autoaplicável, composto por questões sociodemográficas e pelos instrumentos *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) e *Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento*

Antirretroviral (CEAT-VIH). Também teremos acesso a dados do seu prontuário, como datas de retirada de medicamentos.

Os dados serão transcritos e armazenados em arquivos digitais, disponíveis somente à equipe de pesquisa. Ao final do estudo, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

Como benefício direto para o(a) Sr.(a) cita-se a entrega de folheto informativo sobre a importância do uso correto dos ARV, que ocorrerá no momento da retirada de medicamentos. Além disso, o serviço de saúde do município de Marau terá como benefício o acesso a uma análise do perfil dos pacientes, o que pode auxiliar na criação de políticas públicas, tendo em vista melhorias no acompanhamento longitudinal. Dessa forma, o(a) Sr.(a) será beneficiado de forma indireta. Para isso, será concedida uma cópia da versão final do trabalho à equipe de saúde local. Os resultados serão devolvidos aos participantes através do folheto informativo previamente citado.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa, há o risco de identificação dos pacientes e, a fim de minimizar esse risco, os dados serão acessados somente pela equipe de pesquisa, a qual se compromete a não divulgar as informações e manter o sigilo em relação aos dados de identificação. Além disso, o nome dos participantes será substituído por um código. Caso ocorram imprevistos, a pesquisa será interrompida.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados da identificação.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à equipe de pesquisa.

O presente termo está de acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

Agradecemos sua participação!

Marau, ____ de _____ de 2020.

Maríndia Biffi

E-mail: marindia.biffi@uffs.edu.br; Telefone: (54) 3335-8515; Endereço: Universidade Federal da Fronteira Sul/ UFFS, Rua Capitão Araújo, 20, Centro, CEP 99010-200 – Passo Fundo/Rio Grande do Sul/Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, através do e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br ou telefone: (49) 2049-3745. Correspondências poderão ser enviadas para: Universidade Federal da Fronteira Sul/ UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 – Chapecó/Santa Catarina/Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

**APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS EM ARQUIVO
(TCUDA)**

Título do Projeto: Perfil sociodemográfico de portadores de HIV e a relação com a adesão à
Terapia Antirretroviral (TARV)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS.

Os pesquisadores do presente projeto identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto de pesquisa em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa.

Passo Fundo, novembro de 2020.

Maríndia Biffi

E-mail: marindia.biffi@uffs.edu.br

Shana Ginar da Silva

E-mail: shana.silva@uffs.edu.br

Laura Nyland Jost

E-mail: lauranjost@hotmail.com

2.1.13. Anexos

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SMAQ

Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (KNOBEL et. al. 2002) – Traduzido e Adaptado por Góes e Santos (2016).

1. Você, alguma vez se esqueceu de tomar seus remédios?	(0) Sim (1) Não
2. Você se descuida, às vezes, sobre tomar os seus remédios?	(0) Sim (1) Não
3. Às vezes, se você se sente mal, você para de tomar seus remédios?	(0) Sim (1) Não
4. Pensando na semana passada. Quantas vezes você deixou de tomar os remédios?	(0) Nunca (1) 1-2 vezes (2) 3-5 vezes (3) 6-10 vezes (4) > 10 vezes (mais de 10 vezes)
5. Você não tomou nenhum dos seus remédios durante o fim de semana passado?	(0) Sim (1) Não
6. Nos últimos três meses, quantos dias você deixou de tomar todos os remédios?	(0) 0-2 dias (1) 3 dias ou mais

ANEXO B – QUESTIONÁRIO CEAT-VIH

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])

Durante a última semana

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

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

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

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

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

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

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

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

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] _____

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

Qual? _____

SIM	NÃO

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

A pesquisa intitulada “Perfil Sociodemográfico de Portadores de HIV e a Relação com a Adesão à Terapia Antirretroviral (TARV)”, cujo projeto foi desenvolvido no componente “Trabalho de Curso I”, no semestre 2020.1, foi continuada no semestre 2020.2. Devido à pandemia do novo coronavírus, houve atraso no calendário acadêmico, fazendo com que o semestre 2020.2 tenha sido finalizado em março de 2021. Dessa forma, as atividades da pesquisa foram adaptadas à situação epidemiológica.

2.2.2. Desenvolvimento

2.2.2.1. Apreciação ética

Finalizado o projeto, foi encaminhado documento de aceite à Secretaria Municipal de Saúde de Marau, no dia 30 de outubro de 2020. Além disso, foi enviado Termo de Compromisso à Instituição Proponente (UFFS), no dia 04 de novembro de 2020. Com a concordância do município (anexo A) e da instituição (anexo B), submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, recebido em 16 de novembro de 2020. Após tramitações, o projeto foi aprovado em 08 de dezembro de 2020 (anexo C).

2.2.2.2. Logística da coleta de dados

A fim de facilitar a obtenção dos dados, resolveu-se entrar em contato com os profissionais da Vigilância Epidemiológica do município de Marau, onde será realizada a coleta. Dessa maneira, propôs-se que estes fornecessem os questionários e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes.

Para explicar a pesquisa, houve diálogo entre os pesquisadores e os profissionais, momento no qual foram elucidadas as informações referentes ao projeto, bem como dadas orientações quanto ao fornecimento dos formulários. A equipe local mostrou-se bastante receptiva e aceitou realizar a atividade. Assim, os dados colhidos, em sala privada, foram armazenados em local seguro pela farmacêutica, a qual manteve contato com a acadêmica.

Para a coleta dos dados dos prontuários, foi disponibilizada senha do programa utilizado no município, a qual foi de uso exclusivo de estudantes. Assim, a atividade pode ser realizada em qualquer computador, inclusive fora do serviço de saúde.

Em todas as etapas, foram cumpridos à risca os cuidados com a privacidade dos pacientes. Por isso, a coleta dos dados dos prontuários foi realizada em lugar privado e todos os materiais gerados foram guardados de forma a evitar a exposição dos dados dos participantes.

2.2.2.3. Período da coleta de dados

Os dados foram coletados do dia 18 de janeiro ao dia 18 de março, totalizando 3 meses.

2.2.2.4. Perdas e recusas

Do total de 81 pacientes elegíveis, acompanhados pela vigilância epidemiológica no município em que a pesquisa foi realizada, 50 foram incluídos nesse estudo. Dos 31 não incluídos, 11 não foram contatados por não constar número no prontuário ou estar incorreto; 1 veio a óbito no período do estudo; 11 não aceitaram participar da pesquisa; e 8 não atenderam chamada telefônica após 4 tentativas em horários e dias distintos. A aplicação dos questionários e as entrevistas telefônicas foram realizadas em local privado, a fim de manter a privacidade dos participantes.

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados

Ao final da coleta de dados, as informações foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre).

2.2.3. Considerações finais

Após a coleta de dados, foi verificado que os resultados seriam mais significativos caso se utilizasse o questionário CEAT-HIV como critério de adesão. Dessa forma, esta considerada a variável independente, não sendo utilizada a variável “tempo desde a última retirada”. A partir dos resultados gerados com o levantamento de dados, foi produzido artigo, de acordo com as normas da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (anexo D).

3. ARTIGO

Título do artigo:

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV) EM INDIVÍDUOS COM HIV:
A RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS EM UM MUNICÍPIO DO
NORTE GAÚCHO**

**ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART) IN INDIVIDUALS WITH HIV:
THE RELATION TO SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS IN A NORTH CITY OF RIO
GRANDE DO SUL**

**ADHESIÓN A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) EN PERSONAS CON VIH:
LA RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN UN MUNICIPIO DEL
NORTE DE RIO GRANDE DO SUL**

Laura Nyland Jost¹

Shana Ginar da Silva²

Maríndia Biffi³

¹Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS.
ORCID: 0000-0003-4755-0168

²Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas. Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde. Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul –
Campus Passo Fundo. ORCID: 0000-0003-1504-6936

³Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Curso de Medicina. Universidade
Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS. ORCID: 0000-0003-0486-4634

Autor correspondente: Laura Nyland Jost, Curso de Medicina – Universidade Federal da
Fronteira Sul, Passo Fundo, RS. Rua Capitão Araújo, 20 – Centro. CEP: 99010-121.
lauranjost@hotmail.com +55 (54) 3335-8500

**O artigo será formatado e enviado para avaliação na Revista Brasileira de Medicina de
Família e Comunidade.**

RESUMO

Introdução: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma pandemia de grande importância para a saúde global, visto que acomete 38 milhões de indivíduos e apresenta impactos na morbimortalidade dessa população. Com o uso dos fármacos, houve melhora na

morbimortalidade, sendo possível a supressão da carga viral, além da manutenção de níveis adequados de linfócitos. Para que sejam alcançados os objetivos terapêuticos, contudo, deve haver adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), com o uso correto das medicações. **Objetivo:** Nesse aspecto, o presente artigo se propõe analisar a taxa de adesão ao tratamento, relacionando-a com o perfil sociodemográfico de indivíduos atendidos em um município do norte do Rio Grande do Sul (RS). **Métodos:** Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal realizado em um município do norte do RS, nos meses de janeiro a maio de 2021. Foram considerados elegíveis para participar da pesquisa indivíduos portadores do HIV, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, residentes no município onde a pesquisa foi realizada e que fazem uso de TARV há pelo menos três meses. A coleta foi realizada pela equipe de pesquisa na sede da Vigilância Epidemiológica do município, onde é feita a dispensação das medicações. Os pacientes que não compareceram durante o período da pesquisa foram contatados através de chamadas telefônicas. Os dados foram coletados por meio de análise de prontuários e do fornecimento de questionário autoaplicável, o qual incluiu questões sociodemográficas, questionamento sobre aceitação do diagnóstico do HIV e o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-HIV). As principais variáveis sociodemográficas analisadas foram sexo, idade, cor da pele, orientação sexual, estado civil, escolaridade, uso de álcool, uso de cigarro e uso de drogas ilícitas. Na análise dos dados, foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, para os quais admitiu-se erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra total da pesquisa foi de $n=50$ participantes, sendo que 44% apresentaram adesão estrita; 24%, boa/adequada; e 32%, baixa/insuficiente. As variáveis em que se observou relação estatisticamente significativa com a adesão foram: o sexo ($p=0,044$), a orientação sexual ($p=0,040$) e a aceitação do diagnóstico do HIV ($p=0,026$). **Conclusão:** Determinar o perfil dos pacientes que não aderem à TARV é importante para a elaboração de intervenções em prol de melhor compromisso com a tratamento. Uma adesão boa/estrita é positiva tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, reforçando a necessidade de estratégias públicas.

Palavras-chave: HIV. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Fármacos Anti-HIV.

ABSTRACT

Introduction: The infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a relevant pandemic for global health, as it affects 38 million individuals and the morbidity and mortality of this population. With the use of medicaments, there was an improvement in morbidity and mortality, making the suppression of the viral load possible, in addition to maintaining adequate levels of lymphocytes. However, in order to achieve therapeutic goals, the adherence to Antiretroviral Therapy (ART) is essential, with the correct use of medications. **Objective:** In this regard, this article aims to analyze the rate of treatment adherence, relating it to the sociodemographic profile of individuals assisted in a city in the north of Rio Grande do Sul. **Methods:** This is a study with a cross-sectional epidemiological design carried out in Marau, RS, from January to May 2021. They were considered eligible for to participate in the survey individuals with HIV, of both sexes, aged 18 years or over, residing in the city where the research was conducted and who have been using ART for at least three months. The research team made the data collect at the Epidemiological Surveillance of the municipality, where medications are dispensed. Patients who did not attend during the research period were contacted through telephone calls. The data collection was done by analysis of medical records and application of a questionnaire, which included sociodemographic questions, questions about self-assessment related to the acceptance of the HIV diagnosis and the Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV). The main

sociodemographic variables analyzed were gender, age, skin color, sexual orientation, marital status, education, alcohol use, cigarette use and use of illicit drugs. In the data analysis, the Chi-square and Fisher's Exact tests were used, for which an α error of 5% was accepted, with values of $p < 0.05$ being considered significant. **Results:** The total research sample consisted of $n=50$ participants, with 44% showing strict adherence; 24%, good/adequate; and 32%, low/insufficient. The variables with a statistically significant relationship with adherence were gender ($p=0.044$), sexual orientation ($p=0.040$) and acceptance of the HIV diagnosis ($p=0.026$). **Conclusion:** Determining the profile of patients who do not adhere to ART is important for the development of interventions in favor of a better commitment to treatment. Good/strict adherence is positive for both the individual and society, reinforcing the need for public strategies.

Keywords: HIV. Treatment Adherence and Compliance. Anti-HIV Agents.

RESUMEN

Introducción: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia de gran importancia para la salud mundial, ya que afecta a 38 millones de personas e impacta en la morbilidad y mortalidad de esta población. Con el uso de fármacos se mejoró la morbimortalidad, lo que permitió suprimir la carga viral, además de mantener niveles adecuados de linfocitos. Sin embargo, para lograr los objetivos terapéuticos, debe haber adherencia a la Terapia Antirretroviral (ART), con el uso correcto de los medicamentos. **Objetivo:** En este aspecto, este artículo tiene como objetivo analizar la tasa de adherencia al tratamiento, relacionándola con el perfil sociodemográfico de los individuos atendidos en una ciudad del norte de Rio Grande do Sul. **Métodos:** Se trata de un estudio con un diseño epidemiológico transversal. estudio seccional realizado en Marau, RS, de enero a mayo de 2021. Se consideró elegible para participar a personas con VIH, de ambos sexos, de 18 años o más, residentes en el municipio donde se realizó la investigación y que hagan el uso de ART durante al menos tres meses. La recolección fue realizada por el equipo de investigación en la sede de la Vigilancia Epidemiológica del municipio, donde se dispensan los medicamentos. Los pacientes que no asistieron durante el período de investigación fueron contactados a través de llamadas telefónicas. Los datos se recolectaron por medio del análisis de historias clínicas y la provisión de un cuestionario autoadministrado, que incluyó preguntas sociodemográficas, cuestionamiento sobre la aceptación del diagnóstico de VIH y el Cuestionario de Evaluación de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Las principales variables sociodemográficas analizadas fueron sexo, edad, color de piel, orientación sexual, estado civil, educación, consumo de alcohol, consumo de cigarrillos y consumo de drogas ilícitas. En el análisis de los datos se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y Exacto de Fisher, para los cuales se aceptó un error α del 5%, considerándose significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** La muestra total de la investigación consistió en $n = 50$ participantes, con 44% de estricta adherencia; 24%, bueno/adequado; y 32%, bajo/insuficiente. Las variables con relación estadísticamente significativa con la adherencia fueron: sexo ($p = 0,044$), orientación sexual ($p = 0,040$) y aceptación del diagnóstico de VIH ($p = 0,026$). **Conclusión:** Determinar el perfil de los pacientes que no se adhieren al ART es importante para el desarrollo de intervenciones a favor de un mejor compromiso con el tratamiento. La adherencia buena/estricta es positiva tanto para el individuo como para la sociedad, lo que refuerza la necesidad de estrategias públicas.

Palabras clave: VIH. Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento. Fármacos Anti-VIH.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que acomete o sistema imunológico, tornando os pacientes mais susceptíveis a comorbidades. Até o presente momento, a ciência não identificou a cura para essa patologia, porém existem fármacos antirretrovirais capazes de suprimir a carga viral e preservar a imunidade dos pacientes, visto que o vírus apresenta afinidade por células de defesa, principalmente T CD4+ ¹.

A infecção ocorre em etapas, que se iniciam com um período de transmissão viral ineficiente, seguido de uma fase aguda de intensa replicação viral e disseminação para tecidos linfoides; uma fase crônica, muitas vezes assintomática e de ativação imune sustentada com replicação viral; e uma fase avançada de depleção acentuada de células T CD4 +, que leva à síndrome da imunodeficiência adquirida ou, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) ².

A AIDS foi identificada pela primeira vez na década de 1980 nos Estados Unidos, em jovens previamente saudáveis que apresentavam doenças oportunistas ³. Com o passar dos anos, a infecção tornou-se uma pandemia, estando presente em todos os continentes, especialmente na África, onde estão 67,8% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) ⁴. No mundo, 38 milhões de indivíduos são portadores do vírus, o que tem impacto na morbimortalidade destes cidadãos ⁴.

Com o advento de Terapias Antirretrovirais (TARV), houve diminuição na morbimortalidade pelo HIV ⁵. Os fármacos, essenciais para o controle da doença, são classificados de acordo com o mecanismo de ação, sendo eles: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores de integrase (INI) e inibidores de entrada ⁵.

Com o avanço da ciência, foi possível diminuir o número de tomadas diárias e de comprimidos que compõe a TARV. No Brasil, por exemplo, a primeira linha de tratamento é composta por dois comprimidos (tenofovir/lamivudina, 300mg/300mg; e dolutegravir, 50mg), ingeridos uma vez ao dia. Porém, para que sejam alcançados os objetivos terapêuticos (como a supressão da carga viral), é necessária a adesão, a qual envolve, além do paciente, a equipe multidisciplinar do serviço de saúde e a situação social em que está inserido ⁵. Assim, as chances de transmissão são diminuídas e, sexualmente, o vírus torna-se intransmissível ⁶.

Estudos mostram que aspectos como baixa escolaridade, abuso de álcool e outras drogas e não aceitação da soropositividade dificultam a adesão⁵. Desta maneira, as taxas de não adesão à TARV variam entre as pesquisas e os contextos em que estão inseridas, com valores de 10,7% a 86,0%⁷. A adesão ao tratamento, desse modo, pode estar relacionada a particularidades do paciente, da doença, do tratamento, do serviço de saúde e/ou do suporte social. Além disso, fatores sociodemográficos interferem no processo⁸.

O município onde foi realizada a pesquisa, localiza-se no Planalto Médio do Rio Grande do Sul e tem população estimada de 44.858 habitantes⁹. Neste sentido, deve-se considerar que cidades de pequeno porte possuem dinâmica diferente de grandes municípios e, por isso, a realização de pesquisas nestes locais é de suma importância para qualificar a assistência com base em dados científicos focados no contexto psicossociocultural e econômico deste tipo de localidade. O município possui 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com 12 equipes, as quais são responsáveis pelas consultas de acompanhamento dos pacientes. A retirada de medicações para a TARV, por outro lado, é centralizada na vigilância epidemiológica, local onde também são feitas as coletas de sangue para análise de carga viral e TCD4+. Dados de 2019 mostram que a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS no município foi de 13,6, valor abaixo do encontrado no Rio Grande do Sul (28,3) e no Brasil (17,8)¹⁰.

Frente ao exposto, objetivou-se, com este estudo, analisar a taxa de adesão ao tratamento, relacionando-a com o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos em um município do norte do Rio Grande do Sul. Além disso, buscou-se avaliar a influência da aceitação da soropositividade para o HIV sobre a aderência à TARV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado nos meses de janeiro a maio de 2021, em um município do norte do Rio Grande do Sul, com estimativa populacional de 44.858 habitantes para 2020, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁹. A população-alvo da pesquisa foram indivíduos com o diagnóstico de HIV, os quais são acompanhados pela vigilância epidemiológica local.

Foram considerados elegíveis indivíduos portadores do HIV, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, residentes no município onde a pesquisa foi realizada e que fazem uso de terapia antirretroviral (TARV) há pelo menos três meses. Foram utilizados como

critérios de exclusão: ter prontuário sem dados referentes à contagem de carga viral, à contagem de células TCD4+ e ao tempo desde a última retirada de medicação.

Os dados foram coletados a partir de prontuário eletrônico do paciente e de questionário autoaplicável, composto por questões sociodemográficas, por questionamento sobre aceitação do diagnóstico do HIV e pelo *Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral* (CEAT-HIV). O instrumento padronizado foi validado no Brasil e possui abordagem multidimensional ¹¹.

O preenchimento do questionário autoaplicável foi conduzido pela equipe de pesquisa, em sala reservada na vigilância epidemiológica local, onde é feita a dispensação das medicações ARV, respeitando os protocolos de distanciamento social estabelecidos para o combate à pandemia do novo coronavírus. Naqueles em que a coleta presencial não foi possível, conduziu-se a pesquisa via contato telefônico para realização da coleta de dados, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obtido por consentimento verbal do participante no momento da ligação telefônica. Os entrevistadores foram submetidos a treinamento para padronização da aplicação dos questionários e os contatos dos indivíduos elegíveis foram fornecidos pela equipe de saúde local.

O acesso aos prontuários aconteceu por meio da plataforma de pesquisa de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) e as informações referentes à retirada de medicamentos foram coletadas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Além disso, os acessos ocorreram através de *login* e senha disponibilizados previamente pela equipe do serviço de saúde.

Dessa forma, com o CEAT-HIV, foram coletadas variáveis que dizem respeito ao envolvimento dos pacientes com o tratamento, bem como sua autocrítica relacionada ao uso das medicações e ao engajamento com a TARV. O instrumento é composto por 20 questões objetivas, sendo 19 de múltipla escolha e uma dissertativa, a qual diz respeito às medicações que o paciente faz uso. No formulário, há também espaço para o participante especificar quantos dias ficou sem tomar os medicamentos e estratégias que usa para não esquecer de ingerir os comprimidos ¹¹.

Para as perguntas foi atribuída pontuação (de 1 a 5 para as questões 1 a 18 e de 1 a 2 para as questões 19 e 20), sendo o valor mínimo 17 e o máximo 89. A questão 5 desafia o paciente a citar o nome das medicações que compõe o seu tratamento; se conseguir informar, pontua 5; caso contrário, 1. Por conseguinte, foi realizada a seguinte categorização, conforme propõe o instrumento: “adesão baixa/insuficiente (score bruto <74; percentil<49), adesão

boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou estrita (escore bruto >80; percentil >85)". Para a análise dos dados foi realizada a dicotomização da variável adesão, sendo que pacientes que apresentaram pontuação menor que 75 enquadrados como "não aderentes" e aqueles com pontuação maior ou igual que 75 foram definidos como aderentes.¹¹

As variáveis sociodemográficas coletadas foram gênero (feminino e masculino); idade (18 a 30; 31 a 40; 41 a 50; e 51 ou mais); cor da pele (branco e outros); orientação sexual (heterossexual e outros); estado civil (solteiro, casado e outros); tempo de estudo (até 7 anos; 8 a 11 anos; e 12 anos ou mais); uso de álcool (sim e não), uso de cigarro (sim e não) e uso de drogas ilícitas (sim e não). Estas variáveis foram avaliadas quanto à frequência e à relação com a adesão.

Os dados obtidos foram duplamente digitados, para garantir a confiabilidade das informações e evitar erros, em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística foi feita no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre), no qual realizou-se distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis independentes. Os testes utilizados foram o Qui-quadrado e o Exato de Fisher, para os quais admitiu-se erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. A partir das informações coletadas, fez-se análise descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV, além de pesquisa da relação destas informações com a adesão, verificada a partir do questionário CEAT-HIV.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 40093820.1.0000.5564 e parecer número 4.448.029. Ademais, foi obtido consentimento de todos os participantes.

RESULTADOS

Do total de 81 pacientes elegíveis, acompanhados pela vigilância epidemiológica no município em que a pesquisa foi realizada, 50 foram incluídos nesse estudo. Dos 31 não incluídos, 11 não foram contatados por não constar número no prontuário ou estar incorreto; 1 veio a óbito no período do estudo; 11 não aceitaram participar da pesquisa; e 8 não atenderam chamada telefônica após 4 tentativas em horários e dias distintos. As características da amostra (n=50) estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra de pacientes com HIV de um município do norte do Rio Grande do Sul. Marau, RS, 2021 (n=50).

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	24 (48)
Masculino	26 (52)
Idade (anos completos)	
18 a 30 anos	10 (20)
31 a 40 anos	10 (20)
41 a 50 anos	17 (34)
51 anos ou mais	13 (26)
Cor da pele	
Branco	31 (62)
Outros	19 (38)
Orientação sexual*	
Heterossexual	35 (72,9)
Não heterossexual	13 (27,1)
Estado civil**	
Solteiro	28 (56)
Casado	15 (30)
Outros	6 (12)
Tempo de estudo	
Até 7 anos	19 (38)
8 a 11 anos	13 (26)
12 anos ou mais	18 (36)
Uso de álcool	
Sim	19 (38)
Não	31 (62)
Uso de cigarro	
Sim	19 (38)
Não	31 (62)
Uso de drogas ilícitas	
Não	50 (100)

*Variável com maior número de missing, n=2.

**Variável com missing, n=1.

Conforme observado na Tabela 1, houve predominância de participantes do gênero masculino, heterossexuais, brancos, solteiros, que estudaram por até 7 anos e que não fazem uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas. A idade média foi de 41,26 anos; desvio padrão: 11,04 anos.

Através do questionário CEAT-HIV, constatou-se que 32% (n=16) da amostra não apresentaram suficiente adesão à TARV. Os demais pacientes, de acordo com a pontuação, foram enquadrados nas categorias adesão “boa/adequada” ou “estrita” (Figura 1). Os escores mínimo e máximo foram, respectivamente, 24 e 88 e a média foi de 75,84; desvio padrão: 10,53.

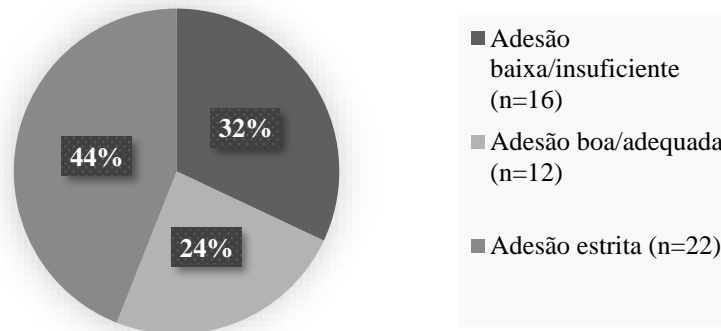


Figura 1. Taxas de adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), pelo CEAT-HIV, de uma amostra de pacientes com HIV. Marau, RS, 2021 (n=50).

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências de adesão e não adesão a TARV segundo os estratos sociodemográficos da amostra. Foi observada relação estatisticamente significativa, relacionada à adesão, para as variáveis: gênero (p=0,044) e orientação sexual (p=0,040). As análises quanto à idade, cor da pele, estado civil, tempo de estudo, uso de álcool e uso de cigarro obtiveram $p \geq 0,05$ (Tabela 2). Como nenhum dos pacientes relatou consumo de drogas ilícitas, a variável não foi incluída nesta abordagem.

Tabela 2. Taxas de adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) de uma amostra de pacientes com HIV, de acordo com características sociodemográficas. Marau, RS, 2021 (n=50).

Variáveis	TARV		Valor de p
	Adesão n (%)	Não adesão n (%)	
Orientação sexual***			
Heterossexual	21 (42)	12 (24)	0,040**
Não heterossexual	14 (28)	1 (2)	
Gênero			
Feminino	13 (26)	11 (22)	0,044*
Masculino	21 (42)	5 (10)	
Idade			

18 a 40 anos	14 (28)	6 (12)	0,804*
41 ou mais	20 (40)	10 (20)	
Cor da pele			
Branco	23 (46)	8 (16)	0,230*
Outros	11 (22)	8 (16)	
Estado civil****			
Solteiro	19 (38)	9 (18)	0,788*
Outros	15 (30)	6 (12)	
Tempo de estudo			
Até 11 anos	21 (42)	11 (22)	0,631*
12 anos ou mais	13 (26)	5 (10)	
Uso de álcool			
Sim	12 (24)	7 (14)	0,566*
Não	22 (44)	9 (18)	
Uso de cigarro			
Sim	10 (20)	9 (18)	0,068*
Não	24 (48)	7 (14)	

*Teste Qui-quadrado.

**Teste Exato de Fisher.

***Variável com maior número de missing, n=2.

****Variável com missing, n=1.

Dentre os pacientes não aderidos ao tratamento, predominaram indivíduos do sexo feminino, solteiros, com até 7 anos de estudo, que não fazem uso de álcool e que se declararam tabagistas. A média de idade dos participantes não aderentes foi de 41,5 anos; desvio padrão: 9,37 anos.

Por último, quanto à aceitação da soropositividade para o vírus HIV, 60% (n=30) dos participantes disseram aceitar bem o diagnóstico. Destes, 80% (n=24) foram enquadrados como aderidos ao tratamento (p=0,026) (Tabela 3).

Tabela 3. Taxas de adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) de uma amostra de pacientes com HIV, de acordo com a aceitação da soropositividade. Marau, RS, 2021 (n=50).

Variável	Adesão n (%)	Não adesão n (%)	Valor de p*
Aceitação da soropositividade			
Não aceita	10 (20)	10 (20)	0,026
Aceita	24 (48)	6 (12)	

*Teste qui-quadrado. *p<0.05

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que mais de 1/3 da amostra analisada não adere à terapia antirretroviral. Ainda, marcantes diferenças sociodemográficas foram observadas na adesão à TARV, assim como foi constatada relação da aceitação do diagnóstico para o HIV sobre a ingestão das medicações.

Verificou-se, na amostra, predomínio do sexo masculino, com razão entre homens e mulheres de aproximadamente 11:10. No Brasil, em 2019, o quociente foi de aproximadamente 23:10 (23 homens a cada 10 mulheres) na detecção de novos casos, com maior discrepância entre os sexos ¹² em comparação com a presente pesquisa. Ademais, outros estudos, como os de Amorim et al ¹³, Galvão et al ¹⁴, Affeldt et al ¹⁵ e Silva et al ¹⁶, reafirmam o predomínio masculino. Mundialmente, por outro lado, há predominância de mulheres, na proporção de 19:17 ¹⁷.

É possível perceber, também, maior número de indivíduos heterossexuais (72,9%; n=35), o que corrobora a mudança do perfil dos pacientes com HIV. A infecção, que era inicialmente associada a homossexuais masculinos, apresenta aumento de casos entre heterossexuais, conforme estudo de Neto et al, no qual os heterossexuais corresponderam a 84% da amostra ¹⁸.

Já as taxas de aderência à TARV apresentam elevada variabilidade de acordo com estudos e contextos em que as pesquisas são realizadas. No Brasil, dados apontam que a taxa de não adesão varia de 10.7% a 86.0% ⁷. Acredita-se que fatores que influenciam nessa variação são os modelos de estudo, populações-alvo, instrumentos utilizados e critérios aplicados para caracterizar a adesão. Desse modo, a comparação entre as pesquisas é precária ⁷. No presente estudo, verificou-se taxa de adesão boa/estrita de 64% (n=32), valor abaixo do encontrado em pesquisa de Foresto et al (75%), na qual também se aplicou o instrumento CEAT-HIV e foram utilizados os mesmos valores de referência ¹⁹. De semelhante forma, Souza et al relataram taxas de adesão de 58% (estrita) e 21% (boa), sendo que a estrita está acima da encontrada no município gaúcho em estudo ²⁰.

Com a aplicação do mesmo questionário, observou-se que alguns estudos utilizaram valores diferentes para classificar os pacientes quanto ao uso da medicação, o que prejudica a comparação entre populações, ocasionando diferenças nas taxas de adesão das pesquisas. Um exemplo é o estudo de Menezes et al, que obteve 13% de alta aderência à TARV (com pontuação maior ou igual à 80) ^{21(p201)}.

A ingestão de álcool, mesmo quando não caracterizada como nociva ou se enquadre como dependência, é considerada preditora de falha na adesão à TARV em pacientes com AIDS²². De acordo com Zuge et al, 100% dos indivíduos propensos ao etilismo eram não aderidos ao tratamento²³. Contudo, ainda que existam tendências de relação do uso de bebidas alcoólicas com a não adesão, o fato não foi verificado nesta pesquisa^{23,24}.

A associação entre a orientação sexual e a adesão à TARV foi significativa ($p=0,040$), o que se repetiu em outros estudos, como o de Lemos et al²⁵, no qual foi observado que 67,2% dos indivíduos não aderidos eram heterossexuais. Todavia, a significância na relação entre sexo e adesão não é comum na literatura^{16,19,26,27}.

A aceitação da soropositividade influencia na adesão ao tratamento, sendo considerada um fator de proteção²⁸ e um preditor de qualidade de vida²⁹. O processo para aceitar o diagnóstico é complexo e envolve empoderamento e perseverança, bem como a desconstrução de estigmas, os quais influenciam na adesão à TARV³⁰. Neste estudo, observou-se relação entre a aderência ao tratamento e a aceitação do diagnóstico para o HIV ($p=0,026$). De modo similar, em artigo qualitativo de Nam et al, concluiu-se que aceitar a soropositividade é essencial para que haja adesão à TARV³¹. Já para Fongkaew et al, o estigma está diretamente relacionado à aderência ao tratamento, o qual também se comunica com o processo de aceitação³².

Destaca-se como ponto forte do estudo a abordagem de um tema de grande relevância, devido à necessidade de uma boa adesão à TARV para que os objetos do tratamento sejam cumpridos⁵. Ademais, ter conhecimento sobre os pacientes é crucial para a elaboração de estratégias e intervenções para melhorar a aderência³³. Dentre as limitações do estudo, está a dificuldade de comunicação com os participantes, em virtude da pandemia do novo coronavírus, da indisponibilidade deles para responderem questionário via chamada telefônica e da impossibilidade de contato por diversos fatores, como ausência ou erro no número registrado pelo serviço de saúde. Além disso, houve um óbito durante a pesquisa e 11 pacientes não aceitaram participar. Por estas razões, a perda do estudo foi de 31 pacientes. O fato de que 11 pacientes não puderam ser contatados por não estar disponível número correto reforça a necessidade da elaboração de estratégias para maior comunicação e acesso a esses indivíduos. Assim como a impossibilidade de contato impactou a pesquisa, pode também afetar a assistência à saúde e prejudicar a adesão à TARV.

Em razão do pequeno tamanho da amostra, optou-se por não realizar a estimativa das razões de prevalência com ajuste para potenciais fatores de confusão. Entretanto, salienta-se

que as associações evidenciadas pelo teste qui-quadrado destacam a problemática abordada neste estudo. Portanto, mais pesquisas sobre o tema, com maior representatividade e tamanho de amostra, são necessárias para confirmar as associações encontradas.

Cabe ressaltar que a abordagem dos pacientes foi complexa, uma vez que muitos têm receio em falar sobre o assunto. Talvez esta circunstância tenha influenciado na recusa dos 11 indivíduos. Neste aspecto, são válidas ações para diminuir estigmas e preconceitos relacionados ao HIV.

CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou a população de pacientes com HIV de um município do norte do Rio Grande do Sul, no qual foi encontrada taxa de adesão estrita de 44%; boa/suficiente, de 24%; e baixa/insuficiente, de 32%. Além disso, verificou-se relação da não adesão à TARV com sexo feminino, heterossexualidade e não aceitação da soropositividade.

Levando-se em consideração o encontrado e sendo o HIV uma doença crônica, os portadores devem ser acompanhados de forma longitudinal, com a participação de diversos profissionais. O ideal é a criação de um plano terapêutico singular, a partir de uma visão holística, o que propicia melhor adesão à TARV ³⁴.

A Atenção Primária como referência do cuidado possibilita a comunicação com serviços especializados. Assim, há a criação de vínculo, relacionado também à saúde individual, com ação significativa de médicos ³⁵. O apoio matricial atua como qualificador deste cuidado ³⁶ e, neste sentido, é importante abordar os aspectos psicológicos ao longo do tratamento, trabalhando estigmas e incentivando a resiliência.

A determinação do perfil dos pacientes aderidos e não aderidos à TARV é importante para a elaboração de intervenções em prol de melhor compromisso com a tratamento. Uma adesão boa/estrita é positiva tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, reforçando a necessidade de estratégias públicas.

REFERÊNCIAS

1. Rojas-Celis V, Valiente-Echeverría F, Soto-Rifo R, Toro-Ascuy D. New Challenges of HIV-1 Infection: How HIV-1 Attacks and Resides in the Central Nervous System. *Cells*. 2019;8(10). doi:10.3390/cells8101245
2. Moir S, Chun T-W, Fauci AS. Pathogenic Mechanisms of HIV Disease. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*. 2011;6(1):223-248. doi:10.1146/annurev-pathol-011110-130254

3. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21:1553-1564. doi:10.1590/1413-81232015215.04402016
4. World Health Organization. Number of people (all ages) living with HIV - Estimates by WHO region. Published 2019. Accessed May 31, 2021. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>
5. Brasil (Ministério da Saúde). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.
6. U=U taking of in 2017. *The Lancet HIV*. 2017;4:475.
7. Santos MA, Guimarães MDC, Helena ETS, et al. Monitoring self-reported adherence to antiretroviral therapy in public HIV care facilities in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1 Suppl). doi:10.1097/MD.00000000000009015
8. Colombrini MRC, Dela Coleta MF, Lopes MHB de M. Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008;42(3):490-495. doi:10.1590/S0080-62342008000300011
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades | Rio Grande do Sul | Marau | Panorama. Accessed May 31, 2021. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>
10. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores HIV/AIDS. Accessed June 4, 2021. <http://indicadores.aids.gov.br/>
11. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.” *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(5):685-694. doi:10.1590/S0034-89102006005000043
12. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Accessed May 31, 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
13. Amorim MAS, Miranda DB, Cabral RCS, Batista AVM. Clinical and epidemiological profile of patients with hiv/aids hospitalized at the hospital for reference in the state of Bahia, Brazil. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2011;5(6):1475-1482. doi:10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201122
14. Galvão JMV, da Costa ACM, Galvão JV. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. *Rev enferm UFPI*. Published online 2017:4-8.
15. Affeldt ÂB, Silveira MF da, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24:79-86. doi:10.5123/S1679-49742015000100009
16. Silva JAG, Dourado I, Brito AM de, Silva CAL da. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31:1188-1198. doi:10.1590/0102-311X00106914

17. World Health Organization. HIV/AIDS. Published 2019. Accessed May 31, 2021. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
18. Neto JFR, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. 20(1):22-29.
19. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, et al. Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38(1). doi:10.1590/1983-1447.2017.01.63158
20. Souza G de O, Tibúrcio AACM, Koike MK, Souza G de O, Tibúrcio AACM, Koike MK. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. *MedicalExpress*. 2016;3(3). doi:10.5935/MedicalExpress.2016.03.05
21. Menezes EG, Santos SRF dos, Melo GZ dos S, et al. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31(3):299-304. doi:10.1590/1982-0194201800042
22. Rego SRM, Rego DM de S. Association between the usage of alcohol by HIV patients and the adherence to the antiretroviral drug treatment: a literature review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(1):70-73. doi:10.1590/S0047-20852010000100011
23. Zuge SS, Primeira MR, Remor EA, Magnano TSB de S, Paula CC de, Padoin SM de M. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. *Factors associated to the adherence to antiretroviral treatment in HIV-infected adults: cross-sectional study*. Published online 2017. Accessed November 13, 2020. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/185914>
24. Padoin SMM 1Universidade F de SM, Paula CC de, Zuge SS, Primeira MR, Santos ÉÉP, Tolentino LC. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/Aids. *DST j bras doenças sex transm*. Published online 2011:194-197.
25. Lemos L de A, Fiuza MLT, Reis RK, Ferrer AC, Gir E, Galvão MTG. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. *Rev lat-am enferm*. 2016;24:e2691. doi:10.1590/1518-8345.0537.2691
26. Miyada S, Garbin AJÍ, Gatto RCJ, et al. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2017;50(5):607-612. doi:10.1590/0037-8682-0266-2017
27. Dagli-Hernandez C, Lucchetta RC, de Nadai TR, Galduróz JCF, Mastroianni P de C. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1787-1793. doi:10.2147/PPA.S112108
28. Carvalho FT de, Morais NA de, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:2023-2033. doi:10.1590/S0102-311X2007000900011

29. Catunda C, Seidl EMF, Lemétayer F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psic: Teor e Pesq.* 2017;32. doi:10.1590/0102-3772e32ne218
30. Hampton CJ, Gillum TL. “Today I feel strong”: African American women overcoming HIV-related stigma. *Psychol Health.* 2020;35(12):1440-1458. doi:10.1080/08870446.2020.1761978
31. Nam SL, Fielding K, Avalos A, Dickinson D, Gaolathe T, Geissler PW. The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Soc Sci Med.* 2008;67(2):301-310. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.042
32. Fongkaew W, Viseskul N, Suksatit B, et al. Verifying Quantitative Stigma and Medication Adherence Scales Using Qualitative Methods among Thai Youth Living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2014;13(1):69-77. doi:10.1177/1545109712463734
33. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805-816. doi:10.1080/09540121.2015.1011073
34. Matsumoto L, Oliveira JA de, Moma CA, Kenshima T, Corrêa MM, Cunha GT. Intervenção na adesão ao tratamento de doenças crônicas tendo como modelo um paciente adolescente HIV positivo. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2007;3(9):53-59. doi:10.5712/rbmfc3(9)83
35. Santos AF de M, Deveza M. A AIDS como condição crônica e o papel do Médico de Família e Comunidade e da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2012;7(22):10-12. doi:10.5712/rbmfc7(22)172
36. Carvalho VKA de, Godoi DF, Perini F de B, Vidor AC. Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: resultados da descentralização em Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2066-2066. doi:10.5712/rbmfc15(42)2066

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No projeto, esperava-se atingir um n=80, porém não foi possível. Ainda assim, os resultados foram significativos na pesquisa e importantes para o trabalho. Espera-se, a partir da finalização e apresentação do Trabalho de Curso, que este seja adicionado ao repositório da universidade e que o artigo seja aceito para publicação na Revista de Medicina de Família e Comunidade.

O presente trabalho, apesar da pandemia do novo coronavírus, foi desenvolvido com sucesso. Houveram algumas dificuldades durante a sua realização, mas que puderam ser superadas pela equipe de pesquisa. O tema estudado é atual e sugere-se que continue sendo explorado pela comunidade científica.

Reforça-se a necessidade do uso de métodos de barreira e da adesão à TARV, uma vez que são medidas essenciais para frear a pandemia pelo vírus HIV. Estimula-se, também, a elaboração de novas políticas públicas neste sentido.

5. ANEXOS

ANEXO A – CONCORDÂNCIA DO MUNICÍPIO



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Douglas Kurtz, o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau - RS, envolvido no projeto de pesquisa intitulado "PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM A ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)", declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais, essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Douglas Kurtz

Secretário Municipal de Saúde de Marau

Maríndia Biffi

Pesquisadora responsável

Marau, 30 de outubro de 2020

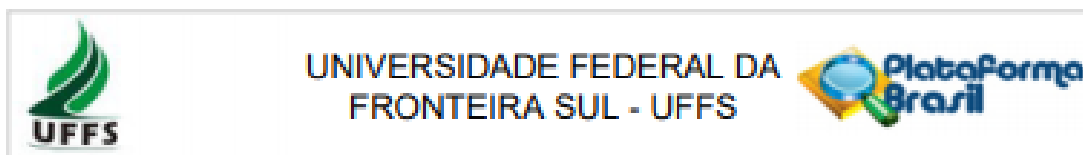
ANEXO B – CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM A ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 80			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARINDIA BIFFI			
6. CPF: 006.581.610-24	7. Endereço (Rua, n.º): AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, 655 CENTRO APTO 504 MARAU RIO GRANDE DO SUL 98150000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 54999822761	10. Outro Telefone:	11. Email: MARINDIABIFFI@HOTMAIL.COM
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>03</u> / <u>11</u> / <u>2020</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS	13. CNPJ: 11.234.780/0001-50	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (49) 2049-1478	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Leandra Tzj</u>	CPF: <u>975.198.800-44</u>		
Cargo/Função: <u>Coordenadora Acadêmica</u>			
Data: <u>04</u> / <u>11</u> / <u>2020</u>	 Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

LEANDRA TZZIN
 975.198.800-44
 Coordenadora Acadêmica
 Câmpus Passo Fundo - RS
 Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO PELO CEP-UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HIV E A RELAÇÃO COM A ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Pesquisador: MARINDIA BIFFI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40093820.1.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.448.029

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma pandemia de grande importância para a saúde global, visto que acomete 38 milhões de indivíduos e apresenta impactos na morbimortalidade dessa população. A transmissão pode ser sexual, sendo uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), ou através de contato sanguíneo. Para a permanência no organismo, o vírus desenvolve afinidade por células do sistema imunológico, principalmente linfócitos T CD4+, prejudicando a imunidade dos pacientes. Dessa forma, o indivíduo torna-se mais susceptível a doenças, principalmente quando não são usadas Terapias Antirretrovirais (TARV). Com o uso dos fármacos, há melhora na morbimortalidade, sendo possível a supressão da carga viral, além da manutenção de níveis adequados de linfócitos. Para que sejam alcançados os objetivos terapêuticos, contudo, deve haver adesão à TARV, com o uso correto dos antirretrovirais. Nesse aspecto, o presente estudo se propõe analisar o perfil dos pacientes com HIV, relacionando-o à adesão, por meio de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. Os dados serão coletados por meio da análise de prontuários e entrevista dos pacientes HIV positivo residentes em Marau/RS, com objetivo de caracterizar e identificar estes, além de definir a taxa de adesão. Como resultados, espera-se que a taxa de não adesão seja baixa (30%) que o perfil dos pacientes seja de homens, brancos, com até 11 anos de estudo e solteiros.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

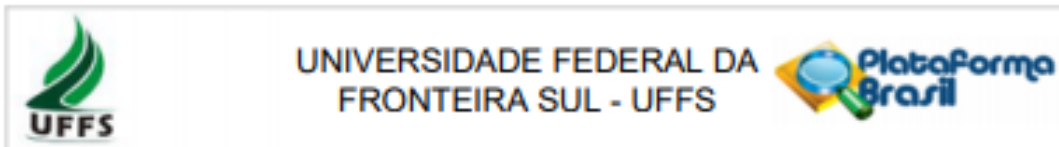
CEP: 89.815-800

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

COMENTÁRIOS: Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

A maior parte dos pacientes são jovens, de 20 a 30 anos, brancos, com até 11 anos de estudo, de classe média e solteiros. Não há predomínio de sexo. A maior parte dos pacientes não aderentes são homens, brancos, com até 11 anos de estudo, de baixa renda, solteiros e de 50 a 60 anos de idade. A carga viral destes pacientes é detectável, a contagem de T CD4+ é maior que 350 céls/mm³ e os indivíduos estão há 5 meses sem retirar a medicação. A taxa de não adesão à TARV é de 30%. As principais barreiras para a aderência ao tratamento farmacológico são: dificuldades na retirada, vergonha de familiares e/ou amigos e efeitos colaterais das medicações.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS: Adequado.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de portadores de HIV e investigar a relação com a adesão à terapia antiretroviral (TARV).

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV, quanto à cor da pele, gênero, idade, estado civil, renda, orientação sexual e escolaridade. Analisar aspectos clínicos, como tempo de diagnóstico, tempo desde a última retirada de antiretrovirais, contagem de carga viral e de T CD4+. Identificar a taxa de adesão e os fatores sociodemográficos associados. Investigar as principais barreiras relacionadas a não adesão ao tratamento.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS: Adequado.

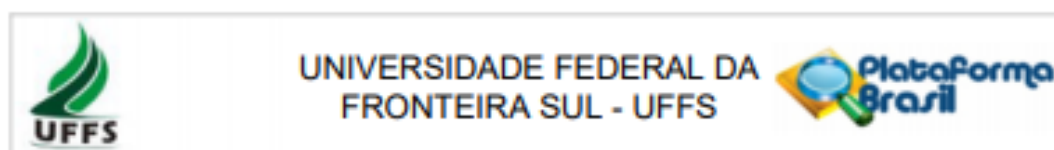
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS: Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Para os participantes, há o risco de exposição acidental dos dados. De forma a minimizar tal risco,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

o nome do paciente será substituído por um código de verificação. Caso ocorram imprevistos, a pesquisa será interrompida.

Devido aos questionários autoaplicáveis e às entrevistas telefônicas, existe o risco de o participante sofrer perguntas invasivas com risco de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida e oferecer-se-á a possibilidade de atendimento com profissional da área da saúde.

Em relação às ligações telefônicas, existe o risco de exposição do paciente. Para garantir a privacidade, o entrevistador irá informar que está em local isolado.

Espera-se apresentar os resultados da pesquisa em eventos, porém será respeitado o anonimato dos pacientes. Os dados coletados, desse modo, serão armazenados por cinco anos em local seguro e privativo no Campus Passo Fundo da UFFS. Após cinco anos, o banco de dados será deletado dos computadores utilizados no estudo, com deleção permanente (esvaziamento da lixeira do computador), e os documentos impressos serão destruídos através de incineração.

RISCOS – COMENTÁRIOS: Adequado.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Com este estudo, o serviço de saúde do município de Marau terá como benefício o acesso a uma análise do perfil dos pacientes, o que pode auxiliar na criação de políticas públicas, tendo em vista melhorias no acompanhamento longitudinal. Dessa forma, pacientes serão beneficiados de forma indireta.

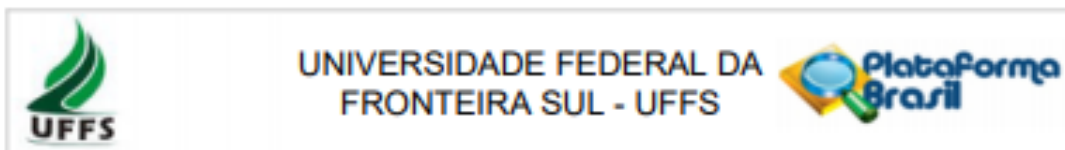
Ademais, como benefício direto aos participantes, será elaborado folheto informativo, ao término do estudo, sobre a importância do uso correto dos ARV, a ser entregue a todos os pacientes que comparecerem ao serviço para a retirada dos medicamentos. Neste documento também constará os resultados da pesquisa, como forma de devolutiva. Para que a equipe de saúde conheça os dados e suas análises, será concedida uma cópia da versão final do trabalho.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS: Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



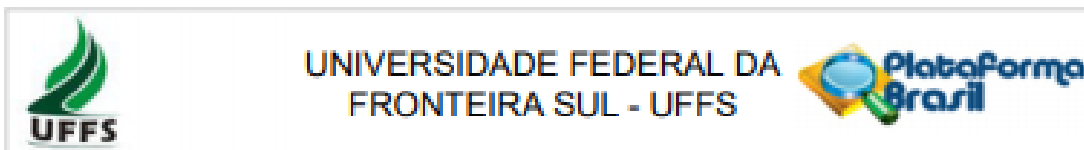
Continuação do Parecer: 4.448.029

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

TIPO DE ESTUDO - Quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. **LOCAL E PERÍODO DA REALIZAÇÃO** - Município de Marau/RS, de novembro de 2020 a agosto de 2021. **POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM** - A população consistirá em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) que residem em Marau/RS, um município situado ao Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Assim, será realizada uma amostragem não probabilística, por meio de um censo com todos os pacientes acompanhados pela vigilância epidemiológica do município. Estima-se incluir um n= 80 indivíduos. **VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS** - Os dados, sociodemográficos e clínicos, serão coletados a partir de prontuário extraído do Sistema G-MUS e de questionário autoaplicável. As informações obtidas através dos prontuários serão transcritas para o formulário apresentado no apêndice A. O questionário autoaplicável também será utilizado para avaliação das principais barreiras para a adesão ao tratamento (apêndice B). Além disso, constará neste os instrumentos SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) (anexo A) e CEAT-VIH (Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral) (anexo B). Com a utilização dos questionários padronizados, espera-se caracterizar as taxas de adesão. Com o instrumento SMAQ, serão obtidos os dados referentes à adesão relacionados ao não uso de medicação na última semana, no último final de semana e nos últimos três meses. Além disso, será questionada a percepção dos pacientes quanto à falta de cuidado com o tratamento e se houve interrupção do mesmo devido a efeitos adversos (KNOBEL et. al., 2002). Já com o questionário CEAT-VIH, serão coletadas variáveis que dizem respeito ao envolvimento do paciente com o tratamento, bem como sua autocritica relacionada ao uso das medicações. Ademais, será possível avaliar seu engajamento com a TARV (REMOR et. al., 2007). A partir de ambos os instrumentos, será possível verificar se os pacientes que retiram a medicação fazem de fato o uso correto. Cabe ressaltar, ainda, que ambos foram validados no Brasil (KNOBEL et. al., 2002; REMOR et. al., 2007). O preenchimento do questionário será feito juntamente ao setor da Vigilância Epidemiológica, no momento da retirada dos medicamentos. Caso o paciente não compareça, o questionário não poderá ser autoaplicável e, portanto, será realizado contato telefônico por um entrevistador, previamente treinado e membro da equipe de pesquisa. Os contatos telefônicos serão fornecidos pela equipe de saúde local e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será lido. Haverá treinamento com os integrantes da equipe de pesquisa, a fim de padronizar a coleta e informa-los sobre os itens deste projeto. Cabe ressaltar, também,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

que serão abordados os aspectos éticos durante o treinamento, principalmente quanto ao sigilo. O desfecho do presente estudo (variável dependente) será a taxa de não adesão ao tratamento antiretroviral. Será utilizada a variável "tempo desde a última retirada de medicamentos" para caracterizar a adesão. Dessa forma, serão considerados não aderentes ao tratamento pacientes que não retiraram medicamentos há mais de 3 meses, considerando como ponto de corte a data inicial da coleta de dados. O critério está de acordo com a Nota Técnica nº 208/2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS (BRASIL, 2009). As variáveis independentes a serem coletadas são: (1) sociodemográficas: data de nascimento, naturalidade, gênero, nacionalidade, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda, orientação sexual; (2) clínicas: carga viral, contagem de células T CD4 +, tempo de diagnóstico, tempo desde a última retirada de medicamentos, tempo desde a última consulta médica, presença de efeitos colaterais à TARV, uso de álcool e drogas, tabagismo, aceitação do diagnóstico; e (3) principais barreiras para a adesão ao tratamento. A partir destes dados, será possível identificar associações com a não adesão ao tratamento.

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS: Adequado.

.....

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Como critérios de inclusão, cita-se: ser portador do HIV, de ambos os sexos, ser maior de 18 anos, residir em Marau/RS e fazer uso de terapia antiretroviral (TARV) há pelo menos 3 meses.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequado.

.....

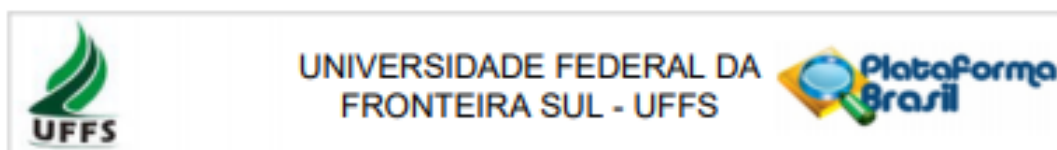
TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Será utilizado como critério de exclusão: ter prontuário sem dados referentes à contagem de carga viral, à contagem de células TCD4+ e ao tempo desde a última retirada de medicação.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequado.

.....

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2040-3745 **E-mail:** cep.ufs@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A coleta, análise e processamento dos dados obtidos serão realizados após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/RS e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

A equipe de pesquisa se deslocará quinzenalmente até a sede da Vigilância Epidemiológica do município, de fevereiro a abril de 2021. A coleta será realizada em espaço cedido pela Secretaria Municipal de Saúde, sem que haja qualquer interferência na rotina do serviço. Nestes encontros, que ocorrerão nas sextas-feiras, das 13h30 às 16h, haverá a transcrição das informações dos prontuários para o formulário apresentado no apêndice A. Os membros da equipe terão acesso aos documentos, fornecidos pelos profissionais de saúde locais, enquanto estiverem realizando a atividade. Os prontuários serão acessados por meio da plataforma de pesquisa de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), a partir de um computador conectado à internet, de modo a não interferir nas atividades do serviço. As informações referentes à retirada de medicamentos serão coletadas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Os acessos se darão através de login e senha disponibilizados previamente pela Secretaria Municipal de Saúde.

Será fornecido um questionário autoaplicável, aos participantes quando forem retirar a medicação, a fim de avaliar as características sociodemográficas e clínicas e as principais barreiras para a adesão ao tratamento. Em abril de 2021, ocorrerão as ligações telefônicas aos pacientes que não comparecerem ao serviço. Os membros da equipe de pesquisa realizarão as entrevistas.

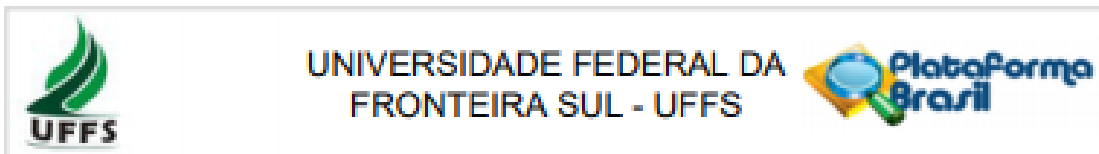
Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e compreenderá a distribuição dos entrevistados em relação aos critérios sociodemográficos analisados.

Far-se-á uma análise descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes com HIV, além da pesquisa de relação destas informações com o tempo desde última retirada de ARV, dado que reflete a adesão dos pacientes.

A prevalência do desfecho principal e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) será descrita. Na análise estatística, será feita a distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis independentes. O teste utilizado será o qui-quadrado, para o qual será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS: Adequado.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	
Bairro: Área Rural	CEP: 89.815-899
UF: SC	Município: CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745	E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Desfecho Primário:

O desfecho do presente estudo (variável dependente) será a taxa de não adesão ao tratamento antirretroviral. Será utilizada a variável "tempo desde a última retirada de medicamentos" para caracterizar a adesão. Dessa forma, serão considerados não aderentes ao tratamento pacientes que não retiraram medicamentos há mais de 3 meses, considerando como ponto de corte a data inicial da coleta de dados. O critério está de acordo com a Nota Técnica nº 208/2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS.

DESFECHOS – COMENTÁRIOS: Adequado.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 01/02/2021 à 30/04/2021.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS: Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

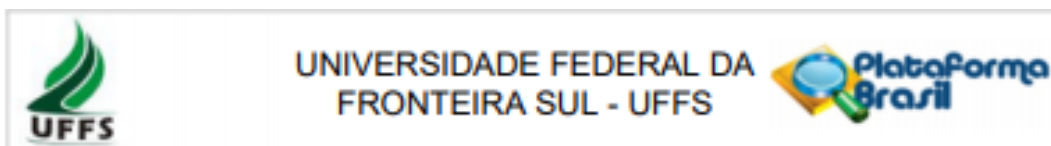
FOLHA DE ROSTO: Presente e adequado.

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos), e/ou Termo de assentimento (para menores de 18 anos), e/ou Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis: Presente e adequado.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: Presente e adequado.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários): Presente e adequado.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.615-600
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.448.029

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Não se aplica.

Recomendações:

1) Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atendem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFSS



Continuação do Parecer: 4.448.029

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFSS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFSS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFSS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.ufs@ufs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657073.pdf	04/12/2020 09:14:33		Aceito
Outros	Carta_Pendencias.pdf	04/12/2020 09:13:55	MARINDIA BIFFI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	04/12/2020 09:12:59	MARINDIA BIFFI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TC_NOVO_COMITE.pdf	04/12/2020 09:12:42	MARINDIA BIFFI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUDA_ASS.pdf	13/11/2020 22:05:48	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	BIFFI.pdf	07/11/2020	MARINDIA BIFFI	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-890

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.ufs@ufs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.448.029

Outros	BIFFI.pdf	10:31:27	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	SILVA.pdf	07/11/2020 10:31:00	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	JOST.pdf	07/11/2020 10:30:20	MARINDIA BIFFI	Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	04/11/2020 22:18:33	MARINDIA BIFFI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/11/2020 22:16:21	MARINDIA BIFFI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/11/2020 22:15:03	MARINDIA BIFFI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO DE COMPROMISSO DE US O DE DADOS EM ARQUIVO.pdf	04/11/2020 22:07:40	MARINDIA BIFFI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTITUICAO.pdf	04/11/2020 22:07:00	MARINDIA BIFFI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/11/2020 22:06:33	MARINDIA BIFFI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/11/2020 22:05:07	MARINDIA BIFFI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO D – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta *MeSH on Demand* ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“*prints*”). Figuras em formato raster (“*bitmap*”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de Dados Abertos e Reprodutibilidade (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapés.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o

manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como Zenodo, OSF ou Figshare, e citados no manuscrito conforme descrito na política de Dados Abertos e Reprodutibilidade.

Políticas de Seção

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre Ética em pesquisa e Dados abertos e reprodutibilidade.