

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Marcos Paulo Marzollo Maria

***ANÁLISE DO PERFIL DE ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV
E AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS***

Pelotas, RS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

***ANÁLISE DO PERFIL DE ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PESSOAS
VIVENDO COM HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS***

Mestrando: Marcos Paulo Marzollo Maria

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA

***ANÁLISE DO PERFIL DE ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PESSOAS VIVENDO COM
HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao polo Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Anaclaudia Gastal Fassa

Pelotas, RS, 01 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Luiz Augusto Facchini

Prof.^a Maria Aurora Dropa Cherstani Cesar

Prof.^a Denise Silva da Silveira (Membro Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE pela oportunidade de aprofundamento dos conhecimentos acadêmicos e sua máxima importância em qualificar e fortalecer profissionais do Sistema Único de Saúde.

À Universidade Federal de Pelotas, em especial ao Departamento de Medicina Social e todo o seu corpo docente cujas provocações abrilhantaram grandemente ao longo deste período discente para desconstruções, reflexões e aprofundamento da prática profissional e acadêmica.

À minha orientadora Anaclaudia Gastal Fassa por acompanhar, iluminar e compartilhar todo o seu gigante conhecimento. Serei eternamente grato por sua incansável disponibilidade, paciência, compreensão e serenidade, mas principalmente por estimular e acreditar em meu potencial acadêmico e pessoal, mesmo em momentos que cheguei a duvidar de mim mesmo.

À Maitê Peres de Carvalho, por toda sua expertise no manejo das estatísticas e por suas contribuições chave para o desenvolvimento deste projeto. Levarei para vida suas dicas de organização.

Aos professores Luiz Augusto Facchini, Denise Silva da Silveira e Maria Aurora Cherstani Cesar pelas preciosas e assertivas contribuições na qualificação deste projeto e pela disponibilidade e energia em avaliar este volume. Aguardo ansiosamente por suas novas ponderações.

Aos colegas de turma pelo compartilhamento de seus saberes e vivências de suas realidades, que certamente colaboraram para adequações e reflexões sobre a minha prática.

Aos profissionais e pacientes do Centro de Saúde do Saco dos Limões pela compreensão nas minhas necessidades de ausência e pelo trabalho em equipe realizado.

Aos meus alunos, residentes e acadêmicos que foram e seguem sendo meus maiores incentivadores em busca de novos conhecimentos. Aprendo com vocês diariamente.

À Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis em confiar os dados necessários para este trabalho.

Ao Paulo Maria, meu pai herói, meu primeiro e maior professor dessa vida. Espero que este trabalho possa refletir o orgulho que tenho de ti.

À minha família por sempre acreditarem em meu esforço e que mesmo distante fisicamente, seguem muito próximos afetivamente.

À minha esposa Eliane Macedo Leal Marzollo Maria que foi suporte, alegria, consolo e sempre meu porto seguro. Sua compreensão e incentivo neste processo foram fundamentais para o seguimento neste caminho. Este é o momento de agradecer a sua resiliência de minhas ausências em especial em nossas datas comemorativas de seu aniversário e de nosso aniversário de casamento.

Acima de tudo, ao Levi Leal Marzollo Maria, meu filho. A partir deste ano, dia 24 de janeiro será sempre uma data especial e mágica. Sua existência iluminou e coloriu ainda mais minha vida e certamente tornou-se o meu principal e mais forte motivo de seguir em frente. Dedico a ti não só este trabalho, mas minha vida.

RESUMO

Os avanços tecnológicos nas terapias antirretrovirais e a política de descentralização do cuidado de pessoas infectadas pelo HIV implicaram em um aumento na prevalência de pessoas vivendo com a doença. A adesão medicamentosa é fundamental para evitar o desenvolvimento de cepas resistentes e as complicações clínicas, promovendo o controle da infecção. Reconhecendo esta necessidade de cuidado e adesão ao tratamento, o Brasil se comprometeu com a meta 90-90-90 proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) que prevê que 90% dos casos de HIV/AIDS sejam diagnosticados, que 90% destes estejam em tratamento e destes 90% alcancem a supressão viral. Em 2015, estudo nacional de grande escala demonstrou supressão viral em cerca de 85% dos usuários em tratamento medicamentoso. Não foram encontrados estudos similares da região Sul ou do município. Esta dissertação visou realizar um estudo transversal quantificando a prevalência de adesão ao tratamento no município de Florianópolis, examinando sua associação com aspectos demográficos, de utilização de saúde e características clínicas. A partir da análise de dados secundários dos bancos de dados nacionais e municipais, a prevalência de adesão à TARV foi de cerca de 85%. Pessoas brancas, do sexo masculino, que tinham acompanhamento em ambos os níveis de atenção tinham maior adesão ao tratamento. A idade e o número de consultas apresentou associação direta com adesão à TARV. O processo de descentralização do cuidado ao usuário vivendo com HIV e AIDS é o caminho para uma assistência mais integral, porém desafios técnicos e éticos ainda precisam ser enfrentados. A qualificação profissional, o correto referenciamento com articulação em rede e a atenção às questões de sigilo e confidencialidade precisam ser reforçadas de forma a ampliar a adesão ao tratamento. A adesão à TARV é um indicador importante da qualidade do cuidado e pode subsidiar o planejamento de ações para a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HIV/AIDS.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, Terapia Antirretroviral, Adesão à medicação.

ABSTRACT

Technological advances in antiretroviral therapies and the policy of decentralizing the care of people infected with HIV have resulted in an increase in the prevalence of people living with the disease. Drug adherence is essential to prevent the development of resistant strains and clinical complications, promoting infection control. Recognizing this need for care and treatment adherence, Brazil has committed to the 90-90-90 target proposed by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) which provides for 90% of HIV/AIDS cases to be diagnosed, that 90% of these are undergoing treatment and of these 90% reach viral suppression. In 2015, a large-scale national study demonstrated viral suppression in about 85% of users undergoing drug treatment. Similar studies were not found in the South region or in the city. This dissertation aimed to carry out a cross-sectional study quantifying the prevalence of treatment adherence in the city of Florianópolis, examining its association with demographic aspects, health utilization and clinical characteristics. Based on the analysis of secondary data from national and municipal databases, the prevalence of adherence to ART was around 85%. White males, who were monitored at both levels of care, had greater adherence to treatment. Age and number of consultations were directly associated with adherence to ART. The process of decentralizing care to users living with HIV and AIDS is the path to more comprehensive care, but technical and ethical challenges still need to be faced. Professional qualification, correct referral with network articulation and attention to secrecy and confidentiality issues need to be reinforced in order to expand treatment adherence. Adherence to ART is an important indicator of the quality of care and can support the planning of actions to improve health care for people with HIV/AIDS.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Antirretroviral Therapy, Medication Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CAPPS	Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CID-10	Código Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DS	Distritos Sanitários de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IP/r	Inibidor de Protease reforçado com ritonavir
ITRN	Inibidor de Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo
ITRNN	Inibidor de Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
U=U	<i>Undetectable = Untransmittable</i>
UDM	Unidade de Dispensação de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Mestrado foi elaborado como requisito parcial do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Esta pós-graduação tem como área de concentração Saúde Coletiva e o estudo foi desenvolvido na Linha de Pesquisa “Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Primária à Saúde”.

O Mestrado foi realizado no Departamento de Medicina Social da UFPel, localizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março de 2018 a novembro de 2021.

O volume do encontra-se estruturado da em três partes, da seguinte forma:

I Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado: qualificação ocorrida em março de 2019. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório de campo: descreve o caminho percorrido pelo mestrando, com ênfase nos aspectos metodológicos.

III Artigo científico: Análise do perfil de adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV e AIDS no município de Florianópolis.

SUMÁRIO

I – PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	JUSTIFICATIVA:.....	19
3	MARCO TEÓRICO:	21
3.1	Considerações gerais sobre o HIV:	21
3.2	Terapia Antirretroviral e Assistência Farmacêutica	22
3.3	Adesão ao Tratamento	24
3.4	Adesão Medicamentosa ao tratamento do HIV	26
3.5	Medidas de adesão medicamentosa à terapia antirretroviral.	29
4	OBJETIVOS:.....	31
4.1	Objetivo geral:	31
4.2	Objetivos específicos:.....	31
5	HIPÓTESES:	32
6	METODOLOGIA:	33
6.1	Tipo de Estudo/Delineamento:	33
6.2	Sujeitos do Estudo/População alvo:	33
6.2.1	O Município de Florianópolis.....	33
6.3	População em Estudo:	35
6.3.1	Perdas.....	36

6.3.2	Critérios de exclusão.....	36
6.4	Principais variáveis a serem coletadas:.....	36
6.4.1	Caracterização dos desfechos:	36
6.4.2	Caracterização das Exposições:	37
6.5	Base de Dados:	40
6.6	Processamento de dados e Análise dos dados:.....	41
6.7	Aspectos éticos da investigação/intervenção:	42
7	CRONOGRAMA:	43
8	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:	44
9	ORÇAMENTO:	44
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45

II - RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO.....	52
Apêndice 1 – Exame de Qualificação do projeto	56
Apêndice 2 – Parecer de Aprovação da CEP:.....	57
Apêndice 3 – Ofício de Autorização para acesso aos dados pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde SMS/PMF	61

III - ARTIGO

1. INTRODUÇÃO.....	66
2. METODOLOGIA:	68

3. RESULTADOS:	71
4. DISCUSSÃO.....	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	79

I – Projeto de Trabalho de Conclusão do Mestrado

RESUMO

A infecção pelo HIV é considerada um problema relevante de saúde pública. Com o advento e disponibilidade da terapia antirretroviral, esta condição passou a ser considerada uma doença crônica. O Brasil assinou em 2013 a meta 90-90-90 proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e prevê que, até o ano de 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% dos HIV+ diagnosticados estejam em tratamento antirretroviral, e 90 % dos pacientes tratados estejam com carga viral indetectável. O município de Florianópolis tem taxas de detecção do HIV cerca de 3,2 vezes maior que a taxa brasileira e o coeficiente de mortalidade do município é o dobro da média nacional. A literatura aponta a necessidade de adesão de 95% à terapia antirretroviral para a efetividade do tratamento. As características do regime terapêutico, os fatores diversos dos usuários, as relações profissional-usuário e os fatores relativos aos sistemas de saúde estão associados à adesão medicamentosa à terapia antirretroviral. Este projeto visa caracterizar a adesão medicamentosa de usuários do serviço público de saúde vivendo com HIV e AIDS em Florianópolis (SC). Será realizado um estudo descritivo transversal avaliando pessoas que utilizaram o serviço público de saúde por esta condição no período de março de 2019 a fevereiro de 2020. Serão avaliados aspectos sociodemográficos, de utilização de serviços de saúde e de características clínicas destes usuários. Serão considerados como aderentes ao tratamento medicamentoso os usuários com dispensação regular e carga viral indetectável. Serão descritas as frequências das variáveis em estudo. A análise multivariável será realizada por regressão de Poisson com variância robusta seguindo o modelo hierárquico. A partir da caracterização do perfil da adesão medicamentosa do município, espera-se obter informações em saúde capazes de subsidiar políticas públicas para o enfrentamento estratégico do HIV no município.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, terapia antirretroviral, adesão à medicação,

ABSTRACT

HIV infection is considered a relevant public health problem. With the advent and availability of antiretroviral therapy, this condition came to be considered a chronic disease. In 2013, Brazil signed the target 90-90-90 proposed by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and expected that, by the end of year 2020, 90% of all people living with HIV will be diagnosed, 90 % of diagnosed HIV+ are on antiretroviral treatment, and 90% of treated patients have an undetectable viral load. The city of Florianópolis has HIV detection rates around 3.2 times higher than the Brazilian rate and the mortality rate in the city is twice the national average. The literature points to the need for 95% adherence to antiretroviral therapy for treatment effectiveness. The characteristics of the therapeutic regimen, different user factors, professional-user relationships and factors related to health systems are associated with drug adherence to antiretroviral therapy. This project aims to characterize the medication adherence of public health service users living with HIV and AIDS in Florianópolis (SC). A descriptive cross-sectional study will be carried out evaluating people who used the public health service for this condition from March 2019 to February 2020. Sociodemographic aspects, use of health services and clinical characteristics of these users will be evaluated. Users with regular dispensing and undetectable viral load will be considered adherent to drug treatment. The frequencies of the variables under study will be described. Multivariate analysis will be performed by Poisson regression with robust variance following the hierarchical model. From the characterization of the profile of medication adherence in the city, it is expected to obtain health information capable of supporting public policies for the strategic confrontation of HIV in the city.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Antirretroviral Therapy, Medication Adherence.

1 INTRODUÇÃO

Estimativa mais recente relata que cerca de 0,4% da população brasileira esteja contaminada pelo HIV, com uma série histórica nacional mostrando um aumento de 97% no número de pessoas em tratamento de infecção por HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2009 a 2015 (BRASIL, 2017). Desde os avanços relacionados ao surgimento e dispensação gratuita da Terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento de pessoas com infecção por HIV no Brasil, o cuidado integral destes usuários gerou um aumento de sobrevida, com diminuição de internações por doenças oportunistas e consequente queda da mortalidade. Com isso, a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) passou de uma morbidade com alta incidência de mortalidade para uma condição crônica de alta prevalência. (BRASIL, 2007).

A percepção da infecção pelo HIV como condição crônica, o consequente aumento de pessoas vivendo com a doença e a simplificação do esquema antirretroviral orientaram a reorganização do modelo de atenção em saúde, anteriormente centralizado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE). Este modelo prevê o matriciamentos entre os diferentes níveis de atenção que se responsabilizam por diferentes pontos da linha de cuidado, considerando a complexidade das ações e necessidade de intervenções. (BRASIL, 2014).

Este novo sistema orientado pela Atenção Básica aperfeiçoa o cuidado de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), através da garantia do acesso ao sistema de saúde com a ampliação do diagnóstico precoce, da responsabilidade pelo tratamento inicial, da promoção de um estilo de vida saudável, da identificação de fatores de risco para outras comorbidades e do estabelecimento de um vínculo terapêutico longitudinal almejando a adesão à medicação. (HIGA et al., 2014; ZAMBENEDETTI; DA SILVA, 2016).

A adesão à TARV assume papel *sine qua non* do ponto de vista da efetividade do tratamento. Para que haja uma supressão viral sustentada, a ingestão

de medicamentos deve ser superior a 95% das doses de antirretrovirais. (PATERSON et al., 2002). Estudo multicêntrico com representatividade nacional mostrou que a partir da avaliação de sete estados brasileiros, 75% pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) relataram ter tomado pelo menos 95% das doses, dados esses similares aos obtidos em países desenvolvidos à mesma época. (NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004).

O esquema antirretroviral se caracteriza por regimes terapêuticos complexos. Assim como nas demais doenças crônicas, pessoas de menor escolaridade, o uso concomitante de drogas ilícitas, o frágil vínculo com a equipe, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e outros determinantes sociais são grandes desafios para a adesão à TARV. (KELLY; KALICHMAN, 2002).

Dentre os fatores que interferem na adesão medicamentosa, Maisels et al (2001) afirmam que os principais motivos para recusa do início de tratamento foram a sensação de não estarem prontos para a adesão de um esquema complexo e medo dos efeitos colaterais. Segundo Santos et al., outras razões que resultam na má adesão e/ou na dificuldade de reter o usuário que deu início ao tratamento são o déficit de suporte familiar, crenças religiosas e o fato de sentir-se bem sem o uso da medicação. MacCarthy et al elencam fatores da relação profissional-paciente como o aconselhamento pós-teste como modificador de desfecho de forma positiva, ao passo que a percepção de um distrato por parte do profissional ou discriminação física e verbal alteram o desfecho da adesão à TARV de forma negativa. (MAISELS; STEINBERG; TOBIAS, 2001; SANTOS et al., 2015; MACCARTHY et al., 2016;).

Dentre os métodos descritos para a aferição da adesão, a contagem de comprimidos, o registro de dispensação, autorrelatos, monitoramentos eletrônicos e laboratoriais são os mais comumente encontrados na literatura. (MÛNENE; EKMAN, 2014) Dada a complexidade da adesão à TARV, não há consenso na literatura que defina um instrumento padrão ouro para a sua avaliação. (CHESNEY, 2006).

O conhecimento dos fatores associados à adesão medicamentosa das pessoas vivendo com HIV e AIDS pode subsidiar políticas públicas em relação a esta condição, além de auxiliar profissionais e serviços de saúde no manejo desta morbidade. (MELCHIOR et al., 2007).

2 JUSTIFICATIVA:

Em 2018, a taxa de detecção nacional foi de 17,8 casos por 100.000 habitantes, observando-se uma queda de 17,6% em relação à taxa de 2008. No mesmo período, o município de Florianópolis apresentou uma taxa de detecção de 57 casos por 100.000 habitantes, valor 3,2 vezes maior que a taxa brasileira e duas vezes maior que a taxa no Estado de Santa Catarina. (BRASIL, 2019). O coeficiente de mortalidade por AIDS em 2017, no município de Florianópolis, foi quase o dobro da população brasileira, entretanto a redução em relação a 2007 foi maior (33,8%) do que a dos coeficientes nacionais (6,7%) (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2018).

O avanço nas políticas públicas relativas ao tratamento é também observado pelo parâmetro de supressão viral, uma vez que, 91% dos usuários do SUS em tratamento há pelo menos seis meses encontram-se com carga viral indetectável (BRASIL, 2017).

O Brasil assinou em 2013 o compromisso de atingir, até 2020, a meta 90-90-90. Esta meta tríplice para o controle do HIV foi proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e prevê que: (1) 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, reiterando o esforço para a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV; (2) 90% dos HIV+ diagnosticados estejam em tratamento antirretroviral, estimulando a ampliação do acesso à TARV e (3) 90 % dos pacientes tratados estejam com carga viral indetectável, um dos indicadores de boa adesão ao tratamento. (UNAIDS, 2015). No contexto municipal, foi lançada em 1º de dezembro de 2017 a campanha “Pare o HIV Floripa 2020”, com o estabelecimento de ações intersetoriais em saúde para o enfrentamento da epidemia de HIV local. (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2018).

O comportamento de baixa adesão relaciona-se diretamente com a falência terapêutica, podendo induzir a proliferação de cepas de HIV resistentes a medicamentos e prejudicando a efetividade do tratamento. A necessidade de utilização de outros esquemas terapêuticos mais complexos e com maior potencial

de efeitos adversos pode comprometer ainda mais a adesão. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

Estudos mais recentes mostram que pessoas vivendo com HIV, que apresentem boa adesão medicamentosa, junto à carga viral indetectável há pelo menos seis meses, evoluem com um risco insignificante para a transmissão do vírus por via sexual. Esse conceito, apresentado como U=U (Undetectable=Untransmittable) além de melhorar a qualidade de vida das pessoas, contribui expressivamente para a interrupção da epidemia (THE LANCET HIV, 2017).

Este estudo avaliará a prevalência de adesão medicamentosa à TARV das pessoas vivendo com HIV, examinando associação dos fatores sociodemográficos, utilização de serviços de saúde e características clínicas com a adesão à TARV. Este conhecimento subsidiará o planejamento estratégico para o enfrentamento da epidemia, tanto no nível das Equipes de Saúde da Família, quanto a nível municipal.

3 MARCO TEÓRICO:

3.1 Considerações gerais sobre o HIV:

A infecção humana pelo vírus do HIV é uma doença causada por um retrovírus que possui tropismo pelos linfócitos T CD4+, culminando em sua destruição. Sua evolução resulta na deficiência da resposta imunológica do infectado, gerando estados de imunossupressão e deixando seu hospedeiro susceptível a doenças oportunistas (BRASIL, 2017).

Sua transmissão ocorre através do contato direto com fluidos corporais como sangue, sêmen, secreção vaginal ou leite materno. A infecção, entretanto, não é causada pelo suor, lágrimas e por situações de convívio social outras como abraço, beijo, água, uso comum de toalha, copos, talheres, tampouco através de picadas de mosquitos ou de outros insetos (BRASIL, 2017).

A evolução clínica da infecção para a síndrome da imunodeficiência (AIDS) pode ser dividida em três fases:

1. Infecção aguda pelo HIV, caracterizada por sintomas de febre baixa, mialgia difusa, coriza e linfonodomegalias, sintomas similares a de um quadro gripal. Em função das manifestações clínicas inespecíficas e fugazes, o diagnóstico clínico é difícil neste momento. O profissional deve estar atento para o histórico epidemiológico através da avaliação de possíveis situações de exposição de risco para infecção pelo HIV, exemplificado pelas relações sexuais desprotegidas, utilização de drogas endovenosas, acidentes com materiais biológicos (BRASIL, 2017).
2. Fase de infecção assintomática, denominada como período de latência, possui duração variável de alguns anos, a depender de diversos fatores incluindo a idade, saúde geral do hospedeiro, comorbidades, acesso aos serviços de saúde e de virulência da cepa do HIV. O uso de antirretrovirais está indicado nessa fase tão logo ocorra o diagnóstico. Sem a prescrição destes, as medianas dessa fase de latência estão entre três e dez anos (BRASIL, 2017).

3. Fase da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), doença sintomática, definida por diversos sinais e sintomas de imunossupressão como diarreia crônica, febre prolongada, astenia, perda de peso superior a 10% e linfonodomegalias. Nesse momento, infecções oportunistas começam a surgir ou se reativar (tuberculose, neurosífilis, neurotoxoplasmose, pneumonia por *P. jirovecii*, criptococose, dentre outras). Nessas situações, geralmente a contagem de linfócitos T-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2017).

3.2 Terapia Antirretroviral e Assistência Farmacêutica

O tratamento medicamentoso atualmente é composto pela prescrição de três ou mais classes de antirretrovirais com o intuito de suprimir a carga viral a níveis indetectáveis, promovendo assim a recuperação do sistema imunológico destas pessoas.

O regime de tratamento pode ser dividido em três tipos:

1. Esquema preferencial atual, considerado primeira linha de tratamento desde o primeiro semestre de 2018. Este é composto por duas classes medicamentosas de inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associados a um inibidor de integrase (Dolutegravir). Estes medicamentos apresentam alta efetividade e baixa toxicidade para o usuário. Esta combinação de medicamentos tem como principais vantagens a alta potência com alta barreira genética além da comodidade posológica, com o uso de 2 comprimidos apenas 1 vez ao dia, somada a características do medicamento de poucos efeitos adversos
2. Esquema preferencial antigo, composto por duas classes medicamentosas de inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associados a um inibidor de transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos (ITRNN). Usuários que já se encontram em uso destes medicamentos e com bons parâmetros clínicos de supressão viral, seguem com esta classe medicamentosa.

Esquema alternativo, composto de dois inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associado a um inibidor de protease reforçado com ritonavir

(IP/r), geralmente mais baratos, mas com maior quantidade de comprimidos (BRASIL, 2017).

O tratamento quando iniciado deve ser continuamente monitorado quanto ao surgimento de efeitos colaterais e efetividade do tratamento, aferido pelos sinais clínicos e dosagem de carga viral respectivamente. (BRASIL, 2017). Para a garantia de sua efetividade, determinada biologicamente pela carga viral indetectável, o tratamento exige uma adesão medicamentosa maior que 95% da tomada de comprimidos (PATERSON et al., 2002).

O Programa Nacional de Controle da Infecção pelo vírus HIV/AIDS instituído no Brasil é hoje considerado um modelo para o mundo em função de sua qualidade de assistência farmacêutica. O primeiro passo dado para a distribuição de TARV e para o tratamento de infecções oportunistas pelo sistema público de saúde ocorreu em 1991, ainda de forma irregular devido a oferta de poucos antirretrovirais disponíveis no mercado e das dificuldades logísticas que oneravam estados e municípios (BRASIL, 1999). Porém, em 13 de novembro de 1996, o Brasil sancionou a lei nº 9313 que garantiu o acesso universal e gratuito de medicamentos às pessoas vivendo com HIV/AIDS (BRASIL 1996). Considerada um marco à época, esta medida resultou em benefícios consideráveis às pessoas vivendo com HIV como o prolongamento da sobrevida, diminuição de indicadores de mortalidade e de internações, melhoria da qualidade de vida. Além da dispensação gratuita dos medicamentos, a organização do sistema através da assistência farmacêutica se mostra como ferramenta importante no auxílio à adesão medicamentosa à TARV, uma vez que estudos clínicos mostram que além de proporcionar benefícios clínicos, tendem a aumentar o vínculo do usuário com o sistema de saúde, oferecendo um olhar multidisciplinar a um cuidado reconhecidamente complexo. (TEIXEIRA; VITÓRIA; BARCAROLO, 2004).

Já em 1999, com a disponibilidade de 15 medicamentos antirretrovirais diferentes, o Governo Federal divulgou resultados de redução em 50% no número de mortes, bem como de 80% de infecções oportunistas. Em 2008, outros passos foram

dados para ampliar o controle da epidemia, como a fabricação estatal de preservativos e nacionalização do teste rápido, ofertados em diferentes serviços, principalmente na Atenção Básica. Em 2013, a medicação Lamivudina + Tenofovir + Efavirenz, divulgada como “3 em 1” foi implementada no Brasil de forma a facilitar a posologia medicamentosa e assim fortalecer a adesão, até que em 2018 o país incorpora o uso do Dolutegravir (DTG), droga nova e com menores efeitos colaterais, ao esquema antirretroviral principal (LACERDA et al., 2019).

3.3 Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento refere-se ao comportamento do indivíduo ao seguir com o plano de cuidado acordado com o profissional, incluindo médicos e outros profissionais de saúde, seja para o início de uma terapia medicamentosa, seguir uma dieta ou executar mudanças em seu estilo de vida (BRASIL, 2016). A Organização Mundial de Saúde incorpora o conceito de autonomia à adesão medicamentosa, exigindo a concordância do usuário nas recomendações pactuadas, o que estimula uma postura proativa no seu próprio cuidado (WHO, 2003). O comportamento de adesão tem variação ao longo do tempo, sendo influenciado por suas crenças, experiências e contexto de vida. (CARACIOLO; SHIMMA, 2007)

Do ponto de vista da ciência do comportamento, diversos modelos de atenção foram propostos na literatura científica para compreender a relação do paciente com a sua doença e seu respectivo tratamento:

1. **Perspectiva comportamental:** Fundamentado pelo behaviorismo radical, o comportamento é influenciado por reforços positivos e negativos, a partir dos antecedentes e consequências. Esta relação visa moldar o comportamento, gerando mecanismos de controle sobre um comportamento específico (ROCHE; BARNES, 1997).
2. **Perspectiva Biomédica:** Baseado na obediência, é a perspectiva mais prevalente nos serviços de saúde. A adesão seria entendida como a capacidade de seguir mais ou menos as ordens médicas. A não adesão ao tratamento é justificada

pelas características do paciente apenas, como condições sociodemográficas, traços de personalidade e este é o foco do profissional para a melhoria da adesão (LEVENTHAL; CAMERON, 1987). Nesse sentido, a responsabilização sobre a não adesão é focada no paciente, desconsiderando a relação com o profissional de saúde ou com o serviço.

3. Comunicação: Com surgimento nos anos 70, tal modelo introduz a necessidade de melhoria nas habilidades de comunicação entre profissionais e usuários, com relações mais horizontais, através de vínculo e empatia. Este modelo sozinho, entretanto, não se mostrou suficiente para efetuar mudanças no comportamento (BRASIL, 2005).

4 – Cognição: Incorpora a necessidade de entendimento do conceito de saúde que o paciente traz, avaliando fatores que podem se traduzir em barreiras ou facilitadores na adesão (BANDURA; SIMON, 1977).

5 – Auto regulação: Considerando o conceito cognitivo que o paciente tem sobre sua condição, através de seus modelos explanatórios para a sua doença e tratamento, esta perspectiva integra a possibilidade do paciente fazer parte do controle sobre sua adesão ao tratamento na medida em que as mudanças medicamentosas ou não se ajustam à sua rotina (HORNE; WEINMAN, 1999).

Os fatores que influenciam na adesão podem então ser intrínsecos ao usuário como a aceitação, motivação, perseverança, conhecimento sobre a doença. É dependente também da credibilidade na própria capacidade de aderir ao tratamento, conceito esse conhecido como auto eficácia (BRASIL, 2005).

A adesão também pode ser influenciada pelo grau de participação na definição do esquema terapêutico (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; CARACIOLO; SHIMMA, 2007). Neste contexto, se insere o método clínico centrado na pessoa, principal método relacional utilizados em consultas por profissionais da Atenção Básica, que preconiza a elaboração de planos terapêuticos singulares, considerando a experiência do adoecimento, ideias, preocupações e expectativas

dos usuários (STEWART et al., 2010). Nesse sentido, o envolvimento dos usuários nas decisões sobre a farmacoterapia e demais condutas se faz imprescindível para que se obtenha sucesso na adesão medicamentosa (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2009).

Em suma, a adesão ao tratamento deve ser definida de forma ampliada, resultado de um processo de decisão compartilhada entre paciente e profissional, fruto do estímulo à autonomia para o autocuidado e estabelecimento de vínculo terapêutico com profissional e o serviço de saúde, espaço onde são definidos papéis e responsabilidades específicas de cada ator no processo. As consequências da falta de adesão podem afetar negativamente a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, constituindo-se um importante problema pessoal, social e econômico (BRASIL, 2005).

3.4 Adesão Medicamentosa ao tratamento do HIV

A adesão medicamentosa à TARV é extremamente relevante, dada a sua potencialidade para reduzir a transmissão do HIV. Este comportamento tem especial relevância na situação específica do HIV, uma vez que estudos mostram a necessidade de 95% de adesão para a supressão viral, porcentagem maior que a necessária para a efetividade de tratamento de outras doenças crônicas prevalentes. (PATERSON et al., 2002). Do ponto de vista clínico, essa adesão é um preditor para o aumento de CD4+ melhorando o prognóstico e qualidade de vida do usuário, além de ter impacto importante na saúde pública através da redução da transmissão sexual, perinatal e injetável do HIV (MUKUI et al., 2016). A transmissão de cepas virais resistentes também é um problema em expansão fortemente relacionada com a não adesão ao tratamento. Na perspectiva de cuidados em Saúde Pública, o risco de transmissão destas cepas poderia levar ao aumento considerável nos custos de tratamento (VILLARINHO et al., 2013).

Partindo do pressuposto que a adesão medicamentosa varia ao longo do tempo, é importante ressaltar que a retenção ao tratamento possui papel central na

supressão viral sustentada. As pessoas vivendo com HIV/AIDS que apresentem retenção abaixo do ideal (ao menos duas consultas com intervalo mínimo de três meses no período de um ano) levam o dobro do tempo para atingir supressão viral (CRAWFORD; THORNTON, 2017).

A Organização Mundial de Saúde organizou um documento que reúne estudos realizados sobre a adesão à TARV e categoriza quatro principais preditores de adesão medicamentosa: (1) as características do regime terapêutico, (2) fatores diversos dos pacientes, (3) relações entre profissionais e usuários e (4) fatores relativos aos sistemas de saúde. (WHO, 2003).

1- Características do regime terapêutico:

- a. Complexidade do tratamento: A adesão medicamentosa ao HIV é um processo delicado que inclui não só a necessidade da tomada da medicação em si, mas também do ajuste da rotina diária para a efetividade do tratamento. Alguns tratamentos incluem posologias com várias doses ao dia. Requerem também além de restrições alimentares específicas e modificação de estilos de vida como a suspensão do uso de álcool e drogas (CHESNEY; MORIN; SHERR, 2000). O estigma do tratamento e também influencia negativamente na adesão. Indivíduos sintomáticos apresentam melhor adesão medicamentosa que pessoas assintomáticas (GAO et al., 2000). Esquemas simplificados com menor número de comprimidos aumentam a adesão (STONE et al., 1998).
- b. Efeitos adversos: Os efeitos adversos podem ser transitórios ou duradouros, afetando negativamente a adesão ao tratamento. A lipodistrofia acomete 30 a 60% das pessoas em uso de TARV (GRAHAM, 2000), sendo o efeito adverso que mais afeta a adesão. Kasper et al. mostraram que 37% dos avaliados pararam ou trocaram suas medicações em função da lipodistrofia.

2- Fatores diversos dos pacientes:

- a. Questões psicossociais: Dentre as diversas variáveis estudadas, a adesão é menor em indivíduos com menor escolaridade, negros e mulheres (STONE et al., 1998). Com influencia direta na efetividade da TARV, o abuso de álcool e drogas é considerado um dos mais fortes preditores da não adesão medicamentosa, bem como a presença de sintomas depressivos (CHESNEY et al., 2000). Como o suporte social atua como atenuador de vários problemas psicossociais, ele também pode afetar o comportamento de adesão à TARV.
 - b. Crenças e conhecimentos sobre a doença: O entendimento entre a relação da adesão com a carga viral e desta com a progressão da doença é de extrema importância para estimular o comportamento de adesão. Indivíduos que acreditaram na efetividade do tratamento apresentaram maior adesão (CHESNEY et al., 2000). Recomenda-se que o início do tratamento deva ocorrer no momento em que a necessidade de adesão seja entendida e aceita pelo paciente, seguido do compromisso em seguimento clínico-laboratorial (BRASIL, 2007). Surge então o conceito de literacia funcional em saúde, medida que reflete a capacidade do usuário em obter, processar e compreender informações, avaliar riscos e conhecer os serviços de saúde que auxiliem na tomada de decisões de forma mais apropriada. O baixo nível de literacia é fator para baixa adesão medicamentosa (WHO, 2003).
 - c. Confusão e esquecimento: A dificuldade no entendimento é considerada o maior obstáculo para a adesão medicamentosa dos fatores inerentes aos pacientes, amplamente divulgados em estudos (CHESNEY et al., 2000).
- 3- Relações entre profissionais e usuários: o vínculo nas relações de cuidado, percepções de competência e qualidade por parte dos usuários, clareza na comunicação, empatia e envolvimento do indivíduo nas

decisões clínicas fortalecem a adesão. (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

- 4- Fatores relativos aos sistemas de saúde: Devido ao vínculo e longitudinalidade que estes espaços proporcionam, os serviços de saúde diversos são estratégicos para o estímulo à adesão promovendo informações e monitorando seus respectivos tratamentos. Uma revisão sistemática aponta que a presença de equipe multidisciplinar, maior número de consultas, com menor intervalo de tempo entre elas, atenção farmacêutica através de farmácias especializadas melhoraram a adesão medicamentosa à TARV (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

3.5 Medidas de adesão medicamentosa à terapia antirretroviral.

A revisão da literatura acerca do tema mostra que existem diversos métodos para a sua mensuração, porém sem um padrão ouro definido (CHESNEY, 2006). Carvalho et al (2019) em sua revisão integrativa verificou que para a aferição da adesão, 81.6% dos estudos utilizaram apenas uma medida, com predomínio de autorrelato sobre o uso da medicação (70,4%), seguido da avaliação de registro de dispensação pelas farmácias (20%).

A medida de autorrelato, através dos diferentes questionários existentes e validados na língua portuguesa, tem como vantagem o baixo custo, fácil reprodutibilidade devido ao pouco tempo necessário para a sua aplicação. (DAGLI-HERNANDEZ et al., 2016). Porém, a existência de uma variedade de métodos de mensuração por autorrelato, dificulta a comparação dos desfechos entre as pesquisas, (POLEJACK; SEIDL, 2010).

O registro de dispensação das medicações antirretrovirais como medida de adesão também é considerado prático em função de seu baixo custo de execução, eliminação do viés de memória por parte do usuário e a facilidade de aplicação em populações maiores de estudo, se comparado às medidas de autorrelato. (BANGSBERG, 2008). Por outro lado, há variação nos pontos de corte para a

caracterização da adesão. Como a dispensação no contexto brasileiro é realizada mensalmente, foi sugerido em um estudo que o ponto de corte para considerar a adesão como regular seja de 34 dias. Tal número foi calculado a partir da moda (28 dias) e da mediana (30 dias) num intervalo de 12 meses. Adicionou-se uma tolerância de quatro dias levando em consideração finais de semana e feriados. Neste mesmo modelo, o abandono é caracterizado a partir de 60 dias consecutivos sem dispensação das medicações (GOMES et al., 2009).

Dentre os diferentes estudos realizados que compararam a adesão com a efetividade do tratamento (medida pela supressão viral através de testes virológicos), a relação da dispensação com a carga viral, foi significativamente diferente que em estudos que utilizaram o autorrelato como medida ((BRASIL, 2010; GROSSBERG; ZHANG; GROSS, 2004)). Um estudo mostrou que 41% dos usuários considerados aderentes por medida de autorrelato eram classificados como não aderentes pela dispensação documentada. Estudos que compararam as duas medidas com a efetividade do tratamento chegaram à conclusão que a medida de autorrelato superestima em duas vezes a adesão medicamentosa. (FAIRLEY; PERMANA; READ, 2005; GROSSBERG; ZHANG; GROSS, 2004).

4 OBJETIVOS:

4.1 Objetivo geral:

Avaliar o perfil da adesão medicamentosa de pessoas vivendo com HIV e AIDS em Florianópolis.

4.2 Objetivos específicos:

- Descrever a população de pessoas vivendo com HIV no município quanto a aspectos sociodemográficos, utilização de serviços de saúde e características clínicas.
- Descrever a prevalência das pessoas vivendo com HIV no município com carga viral indetectável.
- Descrever a prevalência de pessoas vivendo com HIV no município que retiraram mais de 95% das medicações prescritas no último ano.
- Descrever a prevalência de pessoas vivendo com HIV no município com carga viral indetectável e dispensação regular.
- Descrever a prevalência de óbitos ocorridos em pessoas vivendo com HIV no último ano.
- Avaliar a associação entre aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, cor da pele) e a adesão à TARV.
- Avaliar a associação entre utilização de serviços de saúde (nível de atenção, número de consultas no ano, distrito sanitário) e a adesão à TARV.
- Avaliar a associação entre características clínicas (tempo de doença, tempo em uso de TARV, complexidade do esquema de tratamento, grau de imunossupressão no início do tratamento) e a adesão à TARV.

5 HIPÓTESES:

- A carga viral será indetectável em 85% das pessoas vivendo com HIV.
- A dispensação estará regular em 85% das pessoas vivendo com HIV.
- A prevalência de pessoas vivendo com HIV no município com carga viral indetectável e dispensação regular será de 90%.
- A prevalência de óbitos encontrada será próxima de 4,7 por 100.000 habitantes.
- Maior idade e maior escolaridade de pessoas vivendo com HIV serão diretamente associadas à maior adesão medicamentosa à TARV.
- Pessoas vivendo com HIV do sexo masculino e brancas apresentarão maior adesão à TARV.
- Pessoas vivendo com HIV que tiverem um maior número de consultas, que consultarem predominantemente na APS e que viverem em distritos sanitários com menor vulnerabilidade social terão maior adesão à TARV.
- O maior tempo de infecção por HIV e o tempo de uso de TARV estão inversamente associados à adesão medicamentosa à TARV.
- A menor complexidade do esquema de tratamento e a presença de imunossupressão no início do tratamento estão positivamente associadas à adesão à TARV.

6 METODOLOGIA:

6.1 Tipo de Estudo/Delineamento:

Será realizado um estudo transversal com dados secundários do prontuário eletrônico CELK Saúde, do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) para avaliar a adesão medicamentosa de pessoas vivendo com HIV no município de Florianópolis. Este tipo de delineamento, especialmente ao utilizar dados secundários é altamente custo-efetivo.

6.2 Sujeitos do Estudo/População alvo:

Pessoas que foram acompanhadas pelo serviço público de saúde por HIV/AIDS, em Florianópolis, de março de 2019 a fevereiro de 2020. O período de estudo foi selecionado em função da adoção de um novo prontuário eletrônico no município a partir de março de 2019, sem interoperabilidade semântica completa com o sistema de informação anterior.

6.2.1 O Município de Florianópolis

O projeto será desenvolvido no município de Florianópolis, em Santa Catarina. Atualmente, o município possui 49 Centros de Saúde distribuídos em quatro Distritos Sanitários de Saúde (DS) – subdivisões da Secretaria Municipal da Saúde para a regionalização da administração da assistência à saúde. São eles: DS Continente com 11 Centros de Saúde, DS Norte com 11 Centros de Saúde, DS Sul com 13 Centros de Saúde e DS Centro com 14 Centros de Saúde.

A Rede de Atenção em Saúde do Município é formada também por quatro Policlínicas Municipais, duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, um Centro de Controle de Zoonoses, uma Farmácia Escola UFSC/PMF, um Laboratório Municipal, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes – CAPS I, um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), uma sede Central Administrativa.

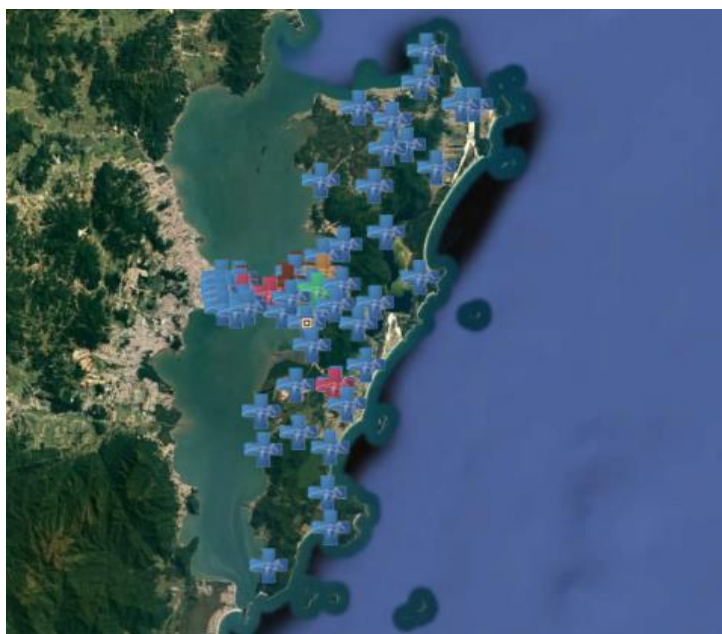


Figura 1: Distribuição geográfica dos Serviços de Saúde de Florianópolis.

A Política Municipal adotada é a de Atenção à Saúde baseada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da Portaria SS/GAB/nº283/2007. Os Centros de Saúde são a porta de entrada preferencial na rede municipal de saúde e orientam a atenção integral, o acesso e o seguimento nos demais níveis de atenção. Oferecem seus serviços à comunidade através das Equipes de ESF, que são compostas por um Médico, um Enfermeiro, dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, um Dentista, um Técnico de Higiene Dental e ou um Auxiliar de Consultório Dentário e de cinco a doze Agentes Comunitários de Saúde. Cada Centro de Saúde pode ter uma ou mais Equipes de Saúde da Família, de acordo com a densidade demográfica local e a classificação por áreas de interesse social. As atividades das equipes de ESF compreendem o cadastramento familiar, consultas (médicas, de enfermagem e odontológicas), o atendimento de urgência para livre demanda, o acolhimento, visitas domiciliares, ações educativas na comunidade, atividades com grupos, participação na formação de recursos humanos na área da saúde da Rede Docente Assistencial e outros. Elas implementam ações de promoção, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação e vigilância à saúde em seu território, executando as ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde.

O atendimento das pessoas vivendo com HIV no município é realizado de forma compartilhada entre os diferentes níveis de atenção, tendo a Atenção Básica como porta de entrada e co-gestora desse cuidado. Desde 2015, são ofertados para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde instrumentos de teleconsultorias e matriciamentos fomentando um cuidado compartilhado entre os diferentes níveis de atenção, qualificando o profissional e garantindo maior acesso das pessoas vivendo com HIV a um tratamento integral. Os Centros de Saúde são responsáveis pelo fornecimento de testes rápidos e sorologia clássica para o diagnóstico de HIV, oferta de Profilaxia pós exposição sexual e início de tratamento de indivíduos sem maiores comorbidades, co-infecção por outros patógenos e sem sinais de imunossupressão. Situações mais complexas tem o seu cuidado compartilhado com o nível secundário e/ou terciário, tendo a APS o papel de coordenação deste cuidado.

A dispensação das medicações antirretrovirais ocorre nas Farmácias localizadas nas Policlínicas Municipais Centro e Continente. É utilizada a estratégia de dispensação de TARV mensal. Boletins epidemiológicos do município demonstram que esta estratégia resulta em melhora substancial na adesão do paciente, facilitando a identificação dos não aderentes para busca ativa por parte das equipes de ESF.

6.3 População em Estudo:

Serão incluídas as 3744 pessoas vivendo com HIV/AIDS identificadas na listagem de notificações compulsórias pelos Códigos Internacional de Doença (CID-10) Z21 (Estado assintomático de Infecção por HIV), B20 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias), B21 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), resultando em neoplasias malignas), B22 (Doença pelo HIV resultando em encefalopatia), B23 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) resultando em outras doenças) e B24 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada).

6.3.1 Perdas

Serão consideradas perdas, casos de usuários que não tiverem registro de cadastro de pessoa física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) no prontuário eletrônico CELK Saúde, no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). A falta do indicador único impedirá a linkagem dos dados destes usuários.

6.3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo aqueles usuários cujo último registro de endereço na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) não for de Florianópolis. Isto indica provável mudança para outro município.

Usuários que apresentem dispensação registrada no SICLOM, porém, sem qualquer registro de consultas no Sistema Único de Saúde, o que caracterizaria acompanhamento exclusivo por médico privado, também serão excluídos da análise proposta pelo estudo.

6.4 Principais variáveis a serem coletadas:

6.4.1 Caracterização dos desfechos:

A avaliação da adesão será realizada a partir da combinação entre as variáveis de carga viral e dispensação da TARV, considerando usuários aderidos à TARV aqueles que apresentem carga viral indetectável e dispensação regular. Os demais serão considerados não aderentes, por irregularidade ou por abandono. Para desfechos de não adesão, entende-se que esse pode ser composto por 3 possibilidades a partir da combinação das variáveis: (1) dispensação em atraso e carga viral detectável; (2) dispensação em atraso e carga viral indetectável e (3) dispensação em dia e carga viral detectável. Para esta última possibilidade, fatores outros não previstos nas variáveis inicialmente delineadas, como os de interação medicamentosa, podem porventura gerar uma categorização enviesada.

1 - Carga Viral Indetectável:

Serão consideradas com carga viral indetectável pessoas vivendo com HIV que não apresentem qualquer valor numérico em cópias por ml nos exames de carga viral dos últimos seis meses.

2 - Dispensação de TARV:

A dispensação de TARV será expressa em três categorias considerando o tempo entre as dispensações que em condições normais devem ocorrer mensalmente e o número de dispensações nos últimos 12 meses de seguimento, de acordo com a terapia antirretroviral prescrita:

- A) A dispensação será considerada *regular*, quando o tempo entre as dispensações for menor ou igual a 34 dias ou o número de comprimidos dispensados for igual ou maior que 95% do total da TARV prescrita, nos últimos 12 meses de seguimento;
- B) A dispensação será considerada *irregular* quando pelo menos em uma ocasião, o tempo entre as dispensações for maior do que 34 dias e o número de comprimidos dispensados for menor do que 95% do total da TARV prescrita;
- C) Será considerado *abandono de tratamento* quando pelo menos em uma ocasião, nos últimos 12 meses de seguimento, a pessoa vivendo com HIV ficou mais de 60 dias sem retirar TARV e não retornou até o 12º mês de seguimento.

6.4.2 Caracterização das Exposições:

Aspectos sociodemográficos			
Variável	Tipo de Variável	Categorias	Definição
Idade	Numérica	Anos completos	
Sexo	Dicotômica	Masculino	

		Feminino	
Escolaridade	Categórica	Nenhum Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior Pós Graduação	
Cor da pele (autorreferido)	Categórica	Amarela Branca Indígena Parda Preta	Conforme sistema classificatório de cor da pele do IBGE.
Utilização dos serviços de saúde			
Variável	Tipo de Variável	Categorias	Definição
Nível de atenção	Categórica	Acompanhado na Atenção Primária somente Acompanhado na Atenção Secundária somente Acompanhada em ambos níveis de atenção	Quantitativo de pessoas com consultas nos diferentes níveis de atenção para o acompanhamento de sua condição de HIV no sistema público de saúde.
Número de consultas no ano	Numérica	Número de consultas por usuário	Quantitativo de consultas por profissionais de saúde por paciente de março de 2019 a fevereiro de 2020

Distrito Sanitário	Categórica	Distrito Centro Distrito Norte Distrito Sul Distrito Continente	Categorização dos usuários segundo endereço de moradia conforme limites geográficos dos distritos sanitários do município.
Com acompanhamento ou sem acompanhamento no SUS			
Características Clínicas			
Variável	Tipo de Variável	Categorias	Definição
Tempo de infecção	Numérica	Em meses	Tempo de infecção por HIV desde o diagnóstico, definido pela data dos primeiros sintomas anotada em notificação compulsória. Caso dado ausente em documento, será considerada a data do resultado da primeira carga viral.
Tempo de uso de TARV	Numérica	Em meses	Tempo de uso de medicação antirretroviral definida pela diferença entre a data atual e a data da primeira dispensação de TARV.
Complexidade do esquema	Numérica	Em número de comprimidos/dia Em quantas vezes ao dia	Quantitativo de comprimidos e posologia para o tratamento antirretroviral por paciente
Grau de imunossupressão no início do	Dicotômica	>350 céls/mm3 <350 céls/mm3	Será considerado paciente imunossuprimido aquele que apresentar-se no início

tratamento			do tratamento antirretroviral com CD4 < 350 céls./mm ³
------------	--	--	---

6.5 Base de Dados:

Serão utilizados dados do prontuário eletrônico CELK Saúde, do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Os aspectos sociodemográficos, de utilização dos serviços de saúde e a variável tempo de doença, relativa às características clínicas, serão obtidas do prontuário eletrônico CELK Saúde. As características clínicas relativas ao tempo de uso de TARV, complexidade do esquema, bem como, as variáveis que caracterizarão a adesão à TARV serão obtidas do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O grau de imunossupressão será obtido através do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). As bases de dados serão linkadas pelo identificador único CPF e/ou CNS, através do programa STATA SE 12.0[®].

O CELK Saúde é um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) terceirizado pelo município de Florianópolis, integrado nos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção, cuja implantação na rede de assistência à saúde iniciou-se em fevereiro de 2019. A transferência dos dados do sistema anterior (InfoSaúde) foi realizada com compatibilidade parcial entre os bancos de dados. Em função desta limitação, o registro dos diagnósticos de todos os usuários necessitou de reinserção pelos profissionais, em especial aqueles de notificação compulsória. Com relação à população do estudo, todos os usuários que estavam em acompanhamento pela rede pública, precisaram ser novamente notificados. Essa questão também motivou a seleção do recorte temporal deste estudo. Importante ressaltar que usuários que estejam há mais de 1 ano sem acompanhamento pela rede pública, podem não surgir no levantamento inicial da população vivendo com HIV.

O SICLOM é um sistema nacional que tem como principal objetivo gerenciar a logística de dispensação dos medicamentos antirretrovirais aos usuários do SUS.

Associado ao Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, além de alimentar um banco de dados de dispensação individual, fornece dados para controle de estoque e distribuição nas diferentes regiões do país, auxiliando no controle de estoques. Este banco de dados é alimentado pelos farmacêuticos das UDMs, localizadas nas policlínicas Centro, Sul e Norte, a partir das prescrições dos profissionais de saúde públicos ou privados. Estes profissionais prescritores, através de um login próprio, tem acesso a dados de dispensação do usuário, o que auxilia na vigilância da equipe quanto à adesão medicamentosa e informações sobre esquema terapêutico e posologia recomendada.

O SISCEL também é um sistema de banco de dados nacional que concentra todas as informações relativas aos exames de carga viral e de contagem de CD4+/CD8+ realizados pelos 92 laboratórios públicos responsáveis pelo processamento destas amostras. Assim como no SICLOM, os profissionais de saúde tem acesso aos resultados dos usuários para o seguimento terapêutico e à vigilância de casos.

6.6 Processamento de dados e Análise dos dados:

As análises de dados serão realizadas no programa STATA SE 12.0®. Serão realizadas análises descritivas das variáveis de exposição e desfecho apresentando as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, bem como, as medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas. Serão calculadas as razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança 95%, utilizando-se a Regressão de Poisson com ajuste para variância robusta. No modelo multivariável serão incluídas todas as variáveis independentes e serão mantidas no modelo final as que apresentarem valor-p <0,20. Serão consideradas significativas as associações com valor-p <0,05. A análise multivariável seguirá um modelo hierárquico tendo no primeiro nível as variáveis sociodemográficas e no segundo nível as variáveis de utilização dos serviços de saúde e características clínicas.

6.7 Aspectos éticos da investigação/intervenção:

O projeto será submetido à Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS), vinculado à Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (ESP). Ao obter o aval da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o projeto será registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O autor firmará um termo de responsabilidade diante da cessão das bases de dados nominais de sistemas de informação gerenciados pela SMS assumindo a responsabilidade do uso exclusivo para as finalidades do estudo, guardando sigilo e zelando pela privacidade dos indivíduos listados. A sistematização dos casos de abandono ou adesão irregular à TARV será repassada para a gestão, para que esta acione as equipes de referência no sentido de reforçar a busca ativa destes usuários.

Na análise dos dados, ao se verificar a situação de não adesão medicamentosa de determinados usuários através dos registros, o autor se compromete a enviar uma devolutiva à gestão de forma a auxiliar no cuidado individual, bem como na vigilância das equipes.

8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:

O projeto de estudo propõe-se a apresentar seus resultados através da dissertação do mestrado.

A partir dos resultados obtidos através da análise dos dados e caracterização do perfil de adesão medicamentosa ao HIV e usuários do sistema público de saúde do município, outras hipóteses poderão ser aviltadas, gerando a possibilidade de novos estudos, seja através de dados secundários ou da oitiva de pacientes.

Os resultados serão também sumarizados e apresentados à Gestão Pública em Saúde de Florianópolis (SC). A divulgação destes ocorrerá através da publicação em formato de artigo em periódico científico, além da participação em seminários, simpósios e congressos da área.

9 ORÇAMENTO:

Para a realização deste projeto, se faz necessária a compra de material para escritório, além de custos outros de impressões do banco de dados.

QUADRO 3 - Orçamento do projeto

MATERIAL	QUANTIDADE	CUSTO (R\$)
Papel A4	02 resmas de 500 folhas	47,00
Caneta	05 unidades	10,00
Grampeador	01 unidade	15,00
Impressão	1000 unidades	100,00
TOTAL		172,00

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BANDURA, Albert; SIMON, Karen M. The role of proximal intentions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research*, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 177–193, 1977.

BANGSBERG, David R. Preventing HIV Antiretroviral Resistance through Better Monitoring of Treatment Adherence. *The Journal of Infectious Diseases*, [s. l.], v. 197, n. s3, p. S272–S278, 2008.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 261–278, 2007.

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Adesão Ao Tratamento Antirretroviral No Brasil : [s.l: s.n.].

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Misnistério da Saúde, [s. l.], p. 47, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-ri>>

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2019. [s. l.], 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Diretrizes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. [s. l.], p. 30, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cadernos de Atenção Básica - Estratégias para o Cuidado da pessoa com Doença Crônica. [s.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS. 5 Passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. [s. l.], p. 8, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Adesão Aos Anti-Retrovirais. [s. l.], 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set>

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. [s. l.], p. 32, 2007.

CARACIOLO, J. M. M.; SHIMMA, E. Adesão: da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. [s.l: s.n.].

CARVALHO, Patrícia Paiva et al. Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: An integrative review of literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 2543–2555, 2019.

CHESNEY, Margaret A. et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 255–266, 2000.

CHESNEY, Margaret A. The Elusive Gold Standard. [s. l.], v. 43, p. 149–155, 2006.

CHESNEY, Margaret A.; MORIN, Michel; SHERR, Lorraine. Adherence to HIV combination therapy. *Social Science and Medicine*, [s. l.], v. 50, n. 11, p. 1599–

1605, 2000.

CONTRA, Luta; FLORIAN, Aids E. M. Boletim epidemiológico. [s. l.], p. 2017–2019, 2018.

CRAWFORD, Timothy N.; THORNTON, Alice. Retention in Continuous Care and Sustained Viral Suppression: Examining the Association among Individuals Living with HIV. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 42–47, 2017.

DAGLI-HERNANDEZ, Carolina et al. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Preference and Adherence*, [s. l.], v. 10, p. 1787–1793, 2016.

DE FREITAS MAGALHÃES GOMES, Raquel Regina et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saude Publica*, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 495–506, 2009.

FAIRLEY, Christopher K.; PERMANA, A.; READ, T. R. H. Long-term utility of measuring adherence by self-report compared with pharmacy record in a routine clinic setting. *HIV Medicine*, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 366–369, 2005.

GAO, Xin et al. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 387–398, 2000.

GRAHAM, Neil M. Metabolic Disorders among HIV-Infected patients treated with protease inhibitors: A review, 2000.

GROSSBERG, Robert; ZHANG, Yawei; GROSS, Robert. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *Journal of Clinical Epidemiology*, [s. l.], v. 57, n. 10, p. 1107–1110, 2004.

HIGA, Darrel et al. Interventions to improve retention in HIV primary care : a systematic review of U . S . studies . *PubMed Commons*. [s. l.], v. 9, n. 4, p. 22996171, 2014.

HORNE, Robert; WEINMAN, John. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 555–567, 1999.

KELLY, Jeffrey A.; KALICHMAN, Seth C. Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 626–639, 2002.

LACERDA, Juliana Souza et al. Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o AZT até o coquetel disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 83–91, 2019.

LEVENTHAL, Howard; CAMERON, Linda. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 117–138, 1987.

MACCARTHY, Sarah et al. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: A cross-sectional study from a large urban center of Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, [s. l.], v. 40, n. 6, p. 418–426, 2016.

MAISELS, L.; STEINBERG, J.; TOBIAS, C. An investigation of why eligible patients do not receive HAART. *AIDS Patient Care and STDs*, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 185–191, 2001.

MELCHIOR, Regina et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 41, n. suppl 2, p. 87–93, 2007.

MUKUI, Irene N. et al. Rates and predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals in Kenya: Results from the second Kenya AIDS indicator survey, 2012. *PLoS ONE*, [s. l.], v. 11, n. 12, 2016.

MÛNENE, Edwin; EKMAN, Björn. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Global Health Action*, [s. l.], v. 7, n. 1,

p. 1–11, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Guidelines, [s. l.], n. January, p. 1–31, 2009. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>>

NEMES, Maria I. B.; CARVALHO, Heráclito B.; SOUZA, Maria F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, [s. l.], v. 18, n. SUPPL. 3, 2004.

PATERSON, D. L. et al. Erratum: Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection (*Annals of Internal Medicine* (2000) 133 (21-30)). *Annals of Internal Medicine*, [s. l.], v. 136, n. 3, p. 253, 2002.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: Desafios e possibilidades. *Ciencia e Saude Coletiva*, [s. l.], v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1201–1208, 2010.

ROCHE, Bryan; BARNES, Dermot. The behavior of organisms? *Psychological Record*, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 597–618, 1997.

SANTOS, Érick Igor Dos et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 454, 2015.

STONE, Valerie E. et al. HIV/AIDS patients' perspectives on adhering to regimens containing protease inhibitors. *Journal of General Internal Medicine*, [s. l.], v. 13, n. 9, p. 586–593, 1998.

TEIXEIRA, Paulo K.; VITÓRIA, Marco Antônio; BARCAROLO, Jhoney. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: The Brazilian experience. *Aids*, [s. l.], v. 18, n. SUPPL. 3, p. 5–7, 2004.

THE LANCET HIV. U=U taking off in 2017. *The Lancet HIV*, [s. l.], v. 4, n. 11, p. e475, 2017.

UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim

da epidemia de AIDS. Geneva, [s. l.], p. 38, 2015. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf>

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 66, n. 2, p. 271–277, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How AIDS changed Everything: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*. Society, [s. l.], 2015.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. Descentralização da atenção em HIV-Aids: Para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 785–806, 2016.

II - RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

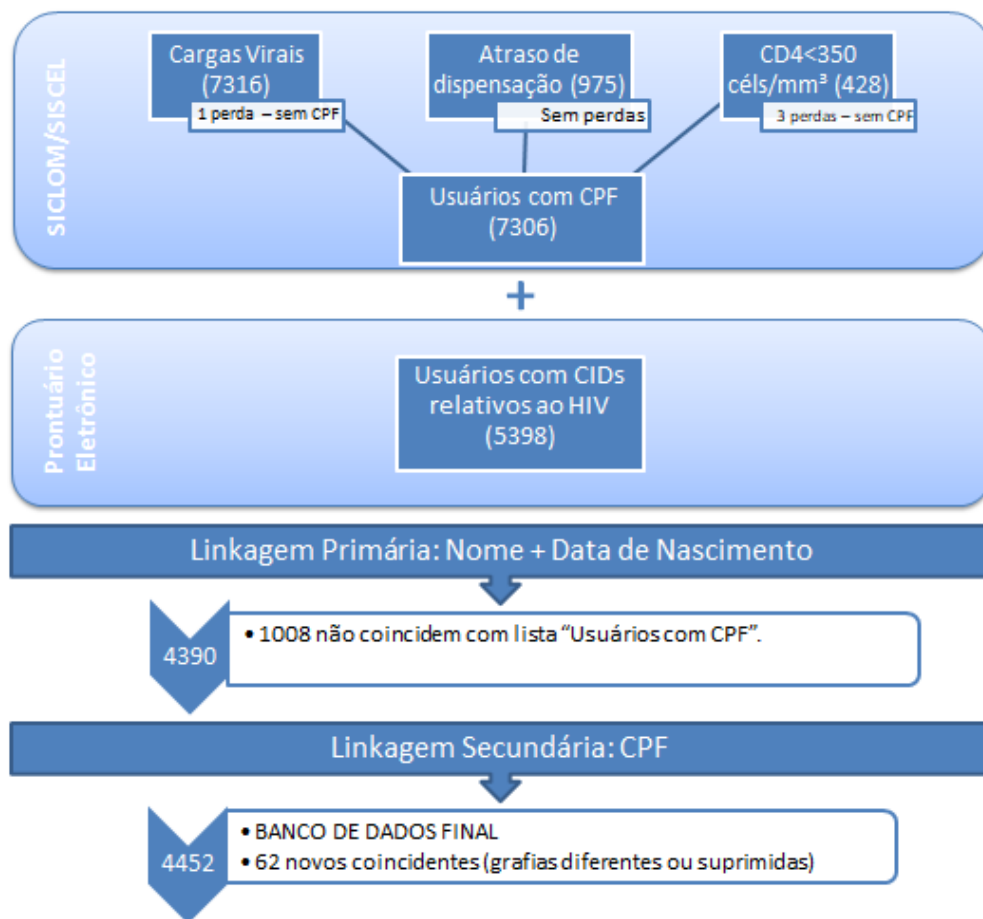
O trabalho de campo referente ao Projeto “ANÁLISE DO PERFIL DE ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS” utilizou-se de dados secundários de bancos de dados municipal e nacional contendo informações de saúde e dados clínicos de usuários vivendo com HIV e AIDS. A partir da qualificação do projeto junto à banca (Apêndice 1), procedeu-se a tramitação para apreciação pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, obtendo parecer favorável sob o nº 4.370.829 (Apêndice 2). Concomitantemente, foi necessária a aprovação do projeto pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS), vinculado à Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis para obter autorização de acesso aos bancos de dados OF/070/SMS/GAB/ESP/2020 (Apêndice 3).

Com a devida autorização dos comitês, foi solicitado o acesso aos dados do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) à Gerência de Inteligência e Informação da SMS/PMF. Neste banco de dados foi possível a obtenção de informações relativas a idade, sexo, cor da pele, número de consultas no intervalo de 1 ano e vacinação para Influenza. Outros dados também foram elencados, como data da última consulta, comorbidades associadas com outras doenças infectoparasitárias como hepatites virais e tuberculose, mas não foram utilizados no estudo por problemas na qualidade da informação. Em relação ao número de consultas no intervalo de 1 ano, o estudo visava caracterizar especificamente as consultas por HIV/AIDS. Entretanto, não havia um filtro para buscar consultas por este motivo específico e nem mesmo que separasse consultas com profissionais de nível superior daquelas com profissionais de nível médio, como para realizar curativos ou vacinas.

Os dados dos bancos nacionais SICLOM/SISCEL foram extraídos de compilados de relatórios gerenciais. Para obter os relatórios gerenciais foi necessário acessar os sistemas com permissão de gestor do setor de Gestão da Clínica da SMS/PMF. Foram obtidos os seguintes relatórios: (1) Usuários cadastrados; (2)

Relatórios pacientes cargas virais; (3) Histórico de dispensação; (4) Relatório dos usuários SUS com CD4 ≤ 350 .

Os relatórios foram unificados em uma base de dados utilizando como chave o CPF e respeitando a seguinte ordem: relatórios gerenciais contendo usuários, do município de Florianópolis, com HIV/AIDS, cadastrados no sistema (7306 registros); resultados de carga viral (7136 registros); lista de usuários com atraso na dispensação (975 registros) e lista de usuários com CD4 < 350 céls/mm³ (430 registros). Neste processo, um usuário na listagem de carga viral e três na listagem de CD4 não tinham CPF e não puderam ser relacionados ao cadastro (Fluxograma 1).



Fluxograma 1 – Sequência de unificação dos bancos e relatórios para o banco de dados final de avaliação.

A seguir os dados SICLOM/SISCEL foram unificados com os dados do PEP que contava com 5398 usuários com códigos de doença relacionados a HIV/AIDS. Foram avaliadas as possíveis chaves para o relacionamento entre os bancos de dados. A linkagem primária pelo CPF teria sucesso para apenas 3797 usuários. Assim, optou-se pela chave primária nome e data de nascimento do usuário que relacionou com sucesso 4390 usuários. Na sequência utilizou-se o CPF como chave secundária ampliando o sucesso na linkagem para 4452 usuários (Fluxograma 1). A compilação destes dados foi realizada no software Microsoft Access®, e posteriormente exportado para o Microsoft Excel®, onde as variáveis em formato texto foram convertidas para numéricas. A análise estatística foi realizada no software STATA SE 12.0.

Durante a análise de dados foi observado um erro na filtragem referente aos pacientes que tiveram atendimento na atenção secundária. O filtro inicialmente aplicado englobava qualquer atendimento nas policlínicas, independente da especialidade. O equívoco foi identificado porque resultou em cerca de 90% de acompanhamento conjunto entre os níveis de atenção, valor bastante discrepante do esperado frente à organização do serviço de saúde local. Para corrigir o problema, foi solicitada uma nova filtragem dos atendimentos de atenção secundária que englobasse apenas o cuidado do usuário com HIV e AIDS na especialidade de infectologia, identificada pela Classificação Brasileira de Ocupações, atualizando o banco de dados.

O projeto precisou de algumas adequações em função da disponibilidade de informação nos bancos de dados utilizados. Tanto no PEP quanto no SICLOM/SISCEL a escolaridade não estava preenchida. A migração de prontuário eletrônico, ocorrida em 2018, causou a perda de grande parte das informações de cadastro dos usuários, realizados a partir das antigas Fichas A preenchidas pelos agentes comunitários de saúde. Variáveis clínicas como o tempo de uso de TARV, complexidade do esquema em números de comprimidos, grau de imunossupressão no início do tratamento também não puderam ser incluídas no estudo porque não estavam disponíveis no PEP e nem acessíveis ao gestor municipal no

SICLOM/SISCEL. Os óbitos por HIV também não puderam ser quantificados, pois ao se registrar o óbito do usuário, este deixa de constar no cadastro de usuários do SICLOM/SISCEL, enquanto no PEP, na maioria das vezes, o óbito não era sinalizado, ou o cadastro era inativado. Portanto, não foi possível avaliar a relação destes fatores com a adesão medicamentosa. O título do artigo final foi adequado para o conteúdo apresentado.

Contextualmente, após a obtenção dos dados, o processo da análise e redação do artigo deu-se de forma intermitente em função do contexto de sobrecarga assistencial da APS municipal nas medidas de enfrentamento da pandemia do COVID-19. Neste ano, para além de assistência aos sintomáticos respiratórios, a APS do município de Florianópolis foi responsável por garantir o acesso e assistência não só de usuários sintomáticos respiratórios, mas dos cuidados crônicos através de teleatendimentos, logística da vacinação da população, tentando ao máximo reduzir as iniquidades locais e mantendo o acompanhamento das condições sensíveis à Atenção Primária.

Apêndice 1 – Exame de Qualificação do projeto.



ANEXO B

EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano de dois mil e vinte, reuniu-se a Banca de Defesa de Qualificação composta pela Profª. Dra. Anaclaudia Gastal Fassa, Profª. Dra. Denise Silva da Silveira, Prof. Luiz Augusto Facchini, Profª Dra. Maria Aurora Dropa Chrestani (suplente), perante a qual, Marcos Paulo Marzollo Maria, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFPEL, defendeu para preenchimento dos requisitos do exame de qualificação, Projeto de Dissertação de mestrado denominado: Análise do Perfil de Adesão Medicamentosa de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS no município de Florianópolis. A defesa do referido Projeto de Dissertação ocorreu dia 27/03 às 09:00 horas, tendo sido o aluno submetido à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o mestrando Aprovado, no exame de qualificação, considerando que:

O mestrando deverá realizar a atualização da revisão bibliográfica, detalhar as fragilidades e potencialidades das bases de dados que serão utilizadas e revisar a definição do desfecho. Além disso, o mestrando incluirá no estudo a descrição das pessoas vivendo com HIV que consultam no setor privado e daqueles que foram ao óbito no período.

Eu Anaclaudia Gastal Fassa presidi a Banca Examinadora do projeto de Dissertação, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Pelotas, 27 de março, de 2020.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Orientador

Apêndice 2 – Parecer de Aprovação da CEP.

UFPEL - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do perfil de adesão medicamentosa de pessoas vivendo com HIV e AIDS no município de Florianópolis

Pesquisador: MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36942420.9.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.370.829

Apresentação do Projeto:

A infecção pelo HIV é considerada um problema relevante de saúde pública. Com o advento e disponibilidade da terapia antirretroviral, esta condição passou a ser considerada uma doença crônica. O Brasil assinou em 2013 a meta 90-90-90 proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e prevê que, até o ano de 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% dos HIV+ diagnosticados estejam em tratamento antirretroviral, e 90 % dos pacientes tratados estejam com carga viral indetectável. O município de Florianópolis tem taxas de detecção do HIV cerca de 3,2 vezes maior que a taxa brasileira e o coeficiente de mortalidade do município é o dobro da média nacional. A literatura aponta a necessidade de adesão de 95% à terapia antirretroviral para a efetividade do tratamento. As características do regime terapêutico, os fatores diversos dos usuários, as relações profissional-usuário e os fatores relativos aos sistemas de saúde estão associados à adesão medicamentosa à terapia antirretroviral.

Este projeto visa caracterizar a adesão medicamentosa de usuários do serviço público de saúde vivendo com HIV e AIDS em Florianópolis (SC). Será realizado um estudo descritivo transversal avaliando pessoas que utilizaram o serviço público de saúde por esta condição no período de março de 2019 a fevereiro de 2020. Serão avaliados aspectos sociodemográficos, de utilização de serviços de saúde e de características clínicas destes usuários. Serão considerados como aderentes ao tratamento medicamentoso os

Endereço: Av Duque de Caxias 250		CEP: 96.030-000
Bairro: Fragata		
UF: RS	Município: PELOTAS	
Telefone: (53)3301-1801	Fax: (53)3221-3554	E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 4.370.829

usuários com dispensação regular e carga viral indetectável.

A avaliação da adesão será realizada a partir da combinação entre as variáveis de carga viral e dispensação da TARV, considerando usuários aderidos à TARV aqueles que apresentem carga viral indetectável e dispensação regular. Os demais serão considerados não aderentes, por irregularidade ou por abandono. Para desfechos de não adesão, entende-se que esse pode ser composto por 3 possibilidades a partir da combinação das variáveis: (1) dispensação em atraso e carga viral detectável; (2) dispensação em atraso e carga viral indetectável e (3) dispensação em dia e carga viral detectável. Para esta última possibilidade, fatores outros não previstos nas variáveis inicialmente delineadas, como os de interação medicamentosa, podem porventura gerar uma categorização enviesada

Objetivo da Pesquisa:

Conforme pesquisador responsável:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil da adesão medicamentosa de pessoas vivendo com HIV e AIDS em Florianópolis.

Objetivos Secundários:

- Descrever a população de pessoas vivendo com HIV no município quanto a aspectos sociodemográficos, utilização de serviços de saúde e características clínicas.
- Descrever a prevalência das pessoas vivendo com HIV no município com carga viral indetectável.
- Descrever a prevalência de pessoas vivendo com HIV no município que retiraram mais de 95% das medicações prescritas no último ano.
- Descrever a prevalência de pessoas vivendo com HIV no município com carga viral indetectável e dispensação regular.
- Descrever a prevalência de óbitos ocorridos em pessoas vivendo com HIV no último ano.
- Avaliar a associação entre aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, cor da pele) e a adesão à TARV.
- Avaliar a associação entre utilização de serviços de saúde (nível de atenção, número de consultas no ano, distrito sanitário) e a adesão à TARV.
- Avaliar a associação entre características clínicas (tempo de doença, tempo em uso de TARV, complexidade do esquema de tratamento, grau de imunossupressão no início do tratamento) e a adesão à TARV.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 4.370.829

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam como riscos o fato de trabalhar com dados secundários de um sistema de prontuário novo, pois poderão haver perdas de dados com estimativa diferente das hipóteses aviltadas de acordo com as prevalências estimadas de literaturas prévias.

Por outro lado, os autores indicam como benefícios o fato de após a análise dos dados, ao se verificar a situação de não adesão medicamentosa de determinados usuários através dos registros, o autor se compromete a enviar uma devolutiva à gestão de forma a auxiliar no cuidado individual, bem como na vigilância das equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto proveniente do mestrado profissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina/UFPEL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Estudos envolvendo seres humanos devem considerar o contexto da pandemia pelo Novo Coronavírus e observar as determinações locais e/ou regionais das autoridades de saúde para avaliar a viabilidade de execução da pesquisa, independente do parecer favorável do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1617456.pdf	23/10/2020 22:30:34		Aceito
Outros	CEP_TCM_Adesao_medicamentosa_hiv.docx	23/10/2020 22:30:02	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.pdf	23/10/2020 22:29:03	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Ausencia_TCLE_assinado.pdf	24/08/2020 21:05:24	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito
Outros	Ata_qualificacao_assinada.pdf	24/08/2020 20:54:13	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito
Declaração de	Declaracao_Comissao_Projetos_SMS.	24/08/2020	MARCOS PAULO	Aceito

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 4.370.829

concordância	pdf	20:47:01	MARZOLLO MARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCM_Adesao_medicamentosa_hiv.docx	24/08/2020 20:44:35	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEPassinado.pdf	24/08/2020 20:40:01	MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 29 de Outubro de 2020

**Assinado por:
Patrícia Abrantes Duval
(Coordenador(a))**

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3301-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

APENDICE 3 – Ofício de Autorização para acesso aos dados pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde SMS/PMF.



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 070/SMS/GAB/ESP/2020

Florianópolis, 16 de novembro de 2020.

Prezado,

Informamos que a Pesquisa intitulada “ANÁLISE DO PERFIL DE ADEÇÃO MEDICAMENTOSA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS” do pesquisador responsável Marcos Paulo Marzollo Maria foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde, Gerência de Inteligência e Informação e Assistência Farmacêutica, estando autorizada para ser realizada no município de acordo com organização do referido serviço.

O pesquisador deverá fazer contato com a Gerência de Inteligência e Informação e Assistência Farmacêutica para combinar a melhor forma de realizar a coleta de dados. Todo processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.**

O período autorizado para coleta de dados é de 16/11/2020 a 16/05/2021. Caso seja necessária a prorrogação do prazo de coleta, o pesquisador deve entrar em contato com a comissão de pesquisa.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evandro Silveira
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matrícula 28454-9 SMS/PMF

Evandro Silveira
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
MARCOS PAULO MARZOLLO MARIA
Nesta

III - ARTIGO

Adesão Medicamentosa de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS em Florianópolis-SC.

Autores: Marcos Paulo Marzollo Maria; Maitê Peres de Carvalho; Anaclaudia Gastal Fassa.

Título: inglês

Drug Adherence of People Living with HIV and AIDS in Florianópolis-SC

Título: espanhol

Adherencia a la medicación por personas viviendo con VIH y SIDA en Florianópolis-SC.

RESUMO

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é fundamental para obter o controle da infecção do HIV, evitando complicações clínicas e o desenvolvimento de cepas de HIV resistentes. Vários municípios brasileiros estão comprometidos com a meta 90-90-90 que prevê que 90% dos casos de HIV/AIDS sejam diagnosticados, que 90% destes estejam em tratamento e destes 90% alcancem a supressão viral. Entretanto, existem apenas três estudos brasileiros que avaliam a adesão à TARV a partir de dados secundários de dispensação. O presente estudo objetivou estimar a prevalência de adesão ao tratamento no município de Florianópolis, examinando sua associação com aspectos demográficos, de utilização de saúde e características clínicas. A prevalência de adesão à TARV foi de cerca de 85%. Pessoas brancas, do sexo masculino, que tinham acompanhamento em ambos os níveis de atenção tinham maior adesão ao tratamento. A idade e o número de consultas apresentou associação direta com adesão à TARV. O processo de descentralização do cuidado ao usuário vivendo com HIV e AIDS é o caminho para uma assistência mais integral, porém desafios técnicos e éticos ainda precisam ser enfrentados. A qualificação profissional, o correto referenciamento com articulação em rede e a atenção às questões de sigilo e confidencialidade precisam ser reforçadas de forma a ampliar a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, terapia antirretroviral, adesão à medicação.

ABSTRACT

Adherence to antiretroviral therapy (ART) is essential to achieve control of HIV infection, preventing clinical complications and the development of resistant HIV strains. Several Brazilian municipalities are committed to the 90-90-90 goal, which predicts that 90% of HIV/AIDS cases are diagnosed, of which 90% are under treatment, and of these, 90% reach viral suppression. However, there are only three Brazilian studies that assess adherence to ART based on secondary data. This study aimed to estimate the prevalence of treatment adherence in the city of Florianópolis, examining its association with demographic aspects, health utilization and clinical characteristics. The prevalence of adherence to ART was around 85%. White males, who were monitored at both levels of care, had greater adherence to treatment. Age and number of consultations were directly associated with adherence to ART. The process of decentralizing care to users living with HIV and AIDS is the way to achieve more comprehensive care, but technical and ethical challenges still need to be faced. Professional qualification, correct referral with network articulation and attention to secrecy and confidentiality issues need to be reinforced in order to expand treatment adherence.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Antirretroviral Therapy, Medication Adherence.

1. INTRODUÇÃO

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento da infecção pelo HIV/AIDS assume papel *sine qua non* do ponto de vista da efetividade do tratamento. A ingestão de medicamentos deve ser superior a 95% das doses de antirretrovirais para que haja uma supressão viral sustentada¹. O comportamento de baixa adesão relaciona-se diretamente com a falência terapêutica, podendo induzir à proliferação de cepas de HIV resistentes a medicamentos e prejudicando o controle da doença. Nesse contexto, a necessidade de utilização de outros esquemas terapêuticos mais complexos e com maior potencial de efeitos adversos pode comprometer ainda mais a adesão².

Os avanços tecnológicos para fármacos antirretrovirais de maior facilidade posológica e com menores efeitos adversos, sua dispensação gratuita no Brasil e o estabelecimento de uma linha de cuidado integral destes usuários resultaram na diminuição de internações por doenças oportunistas e consequente queda da mortalidade³. A percepção da infecção pelo HIV como condição crônica e o consequente aumento de pessoas vivendo com a doença implicou na reorganização do modelo de atenção à saúde, anteriormente centralizado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) para um modelo orientado pela Atenção Básica. Este modelo prevê o matriciamento entre os diferentes níveis de atenção, que se responsabilizam por diferentes pontos da linha de cuidado, considerando a complexidade das ações e necessidade de intervenções⁴.

Estimativa recente aponta que cerca de 0,4% da população brasileira esteja contaminada pelo HIV, com uma série histórica nacional (2009 a 2015) mostrando um aumento de 97% no número de pessoas em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Em 2018, a taxa de detecção nacional foi de 17,8 casos por 100.000 habitantes, observando-se uma queda de 17,6% em relação à taxa de 2008⁶. O Brasil assinou em 2013 o compromisso de atingir, até 2020, a meta 90-90-90. Essa meta tríptica para o controle do HIV foi proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e prevê que: (1) 90% de todas as pessoas

vivendo com HIV sejam diagnosticadas, reiterando o esforço para a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV; (2) 90% dos HIV+ diagnosticados estejam em tratamento antirretroviral, estimulando a ampliação do acesso à TARV e (3) 90% dos usuários tratados estejam com carga viral indetectável, um dos indicadores de boa adesão ao tratamento⁷.

Existem poucos estudos brasileiros sobre a adesão à TARV examinando a prevalência e os fatores associados e a forma de avaliar a adesão ao tratamento varia, limitando a comparabilidade dos achados. Estudo multicêntrico com representatividade nacional mostrou que a partir da avaliação de sete estados brasileiros, 75% das pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) relataram ter tomado pelo menos 95% das doses da TARV, dados esses similares aos obtidos em países desenvolvidos à mesma época⁸. Diversos estudos têm apontado fatores associados à melhoria da adesão medicamentosa. Idade e escolaridade apresentam associação direta com a adesão à TARV. Enquanto que ter uma crença religiosa, ser usuário de drogas ilícitas, ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde, frágil vínculo com a equipe de saúde e percepção de um distrato por parte do profissional ou discriminação física e verbal estão negativamente associados à adesão ao tratamento^{9,10,11}.

Em 2017, o coeficiente de mortalidade por AIDS do município de Florianópolis foi quase o dobro da população brasileira, porém, houve uma redução em relação a 2007 maior (33,8%) do que a dos coeficientes nacionais (6,7%)¹³. Neste contexto, o município lançou a campanha “Pare o HIV Floripa 2020”, com o estabelecimento de ações intersetoriais em saúde para o enfrentamento da epidemia de HIV¹³. Em 2018 o município de Florianópolis apresentou uma taxa de detecção de 57 casos por 100.000 habitantes, duas vezes maior que a taxa estadual e três vezes maior do que a taxa nacional⁶. Desde então nenhum estudo avaliou a adesão ao tratamento do HIV em correspondência aos segundo e terceiro componente da meta 90-90-90 assinada pelo município. Assim, este estudo objetivou avaliar a prevalência de adesão medicamentosa à TARV das pessoas vivendo com HIV, examinando associação dos aspectos demográficos, de utilização de serviços de

saúde e das características clínicas com a adesão à TARV, fornecendo subsídios para a definição de políticas públicas que promovam a adesão ao tratamento.

2. METODOLOGIA:

Realizou-se um estudo transversal com o uso de dados secundários de acompanhamento de saúde de pessoas vivendo com HIV no município de Florianópolis. Os dados foram obtidos do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, gerenciado pela empresa CELK Saúde e dos relatórios gerenciais que unificam dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), vinculados ao Ministério da Saúde.

A amostra selecionada foi de pessoas com HIV/AIDS acompanhadas pelo serviço público de saúde, em Florianópolis, de abril de 2020 a abril de 2021. O período de estudo foi selecionado em função da adoção de um novo prontuário eletrônico no município a partir de março de 2019, sem interoperabilidade semântica completa com o sistema de informação anterior e pelo fato de os demais sistemas do Ministério da Saúde gerarem relatórios com período máximo de um ano.

A amostra incluiu usuários registrados no PEP com grupos do Código Internacional de Doenças relacionados a HIV/AIDS e que puderam ser correlacionados a usuários com HIV/AIDS cadastrados no SICLOM / SISCEL. Considerou-se como relacionados a HIV/AIDS os seguintes grupos do Código Internacional de Doenças (CID-10): Z21 (Estado assintomático de Infecção por HIV), B20 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], resultando em doenças infecciosas e parasitárias), B21 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), resultando em neoplasias malignas), B22 (Doença pelo HIV resultando em encefalopatia), B23 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) resultando em outras doenças) e B24 (Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada)¹⁴.

A unificação do banco de dados foi realizada no aplicativo Microsoft Access®. Foram obtidos e unificados pelo CPF os seguintes relatórios dos Sistemas SICLOM e SISCEL: usuários, do município de Florianópolis, com HIV/AIDS, cadastrados no sistema (7306 registros); resultados de carga viral (7136 registros); lista de usuários com atraso na dispensação (975 registros) e lista de usuários com $CD4 < 350$ céls/mm³ (430 registros). Neste processo, um usuário na listagem de carga viral e três na listagem de $CD4$ não tinham CPF e não puderam ser relacionados ao cadastro. A seguir os dados SICLOM/SISCEL foram unificados com os dados do PEP que contava com 5398 usuários com códigos de doença relacionados a HIV/AIDS. Para correlacionar os dados utilizou-se o nome completo e a data de nascimento, como chave primária e CPF de usuários, como chave secundária, obtendo sucesso em 4452 registros. A escolha do nome completo e data de nascimento como chave primária ocorreu porque o CPF e o CNS estavam mais incompletos ou com valores nulos em relação ao cadastro do SICLOM/SISCEL.

Em relação às perdas, 946 usuários tinham registro no PEP e não constavam do cadastro do SICLOM/SISCEL. Isto frequentemente é motivado por mudança de município, uma vez que ao buscar a dispensação em outro município o usuário é excluído do cadastro do SICLOM/SISCEL de Florianópolis. Por outro lado, 2854 usuários tinham cadastro no SICLOM/SISCEL de Florianópolis, sem registro no PEP. Isso pode ocorrer entre usuários que consultam no setor privado ou em outros municípios.

No banco de dados do PEP foram obtidas as variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele), de utilização de serviços de saúde (acompanhamento por nível de atenção, número de consultas, situação da vacinação para Influenza e distribuição geográfica por distrito sanitário). Nos relatórios gerenciais do SICLOM/SISCEL foram obtidas as cargas virais, a situação da dispensação da terapia antirretroviral (em atraso/em dia), o grau de imunossupressão ($CD4 < 350$ céls/mm³).

A partir das variáveis de carga viral e situação da dispensação operacionalizou-se o desfecho adesão medicamentosa. Foram considerados

aderentes ao tratamento usuáios com HIV/AIDS que apresentaram carga viral menor do que 50 cópias/mL e que estavam com dispensação da medicação em dia¹⁵.

As análises de dados foram realizadas no programa STATA SE 12.0[®]. Realizou-se a descrição da população estudada em relação aos aspectos demográficos, de utilização de serviços e clínicos com apresentação das frequências absolutas e relativas. Avaliou-se também a relação das características clínicas - grau de imunossupressão, dispensação da TARV e vacinação para Influenza com a carga viral. A análise multivariável para examinar a associação entre as variáveis independentes e a adesão medicamentosa seguiu um modelo hierarquizado, tendo no primeiro nível as variáveis demográficas e no segundo nível as variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde. Foi realizada por Regressão de Poisson com ajuste para variância robusta com seleção para trás. Utilizou-se o teste de Wald de heterogeneidade para variáveis categóricas e de tendência linear para variáveis contínuas. Foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram valor-p <0,20 e foram consideradas significativas as associações com valor-p <0,05.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo dados de seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e obteve aprovação pelo Parecer: 4.370.829. Além disso, o projeto foi submetido à Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS), vinculado à Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis obtendo autorização para acesso aos bancos de dados e realização do projeto pelo OF/070/SMS/GAB/ESP/2020. As identidades dos usuáios foram preservadas nas análises dos dados.

3. RESULTADOS:

A população estudada foi composta por 4452 pessoas vivendo com HIV em acompanhamento no serviço público de saúde do município de Florianópolis - SC. Da população avaliada, metade dos usuários tinha até 39 anos, 67,3% eram do sexo masculino e 79,6% eram brancos (Tabela 1).

Do ponto de vista da utilização dos serviços de saúde, 50,5% faziam acompanhamento de sua condição nos níveis primário e secundário, 62,9% dos usuários tiveram mais de 11 consultas com diferentes profissionais de saúde no ano. O distrito sanitário Centro teve o maior número de pacientes em acompanhamento, seguido do distrito Norte, Continente e por fim Sul, (Tabela 1).

Quanto às características clínicas do acompanhamento, 84,8% da população apresentou carga viral indetectável, 92,7% tinha níveis de imunocompetência (CD4 acima de 350 céls/mm³) e 86,7% estavam em dia em relação a retirada de terapia antirretroviral nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos. A imunização para Influenza, incluída nos cuidados integrais para a pessoa vivendo com o HIV, apresentou cobertura de 48,8% (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição das pessoas vivendo com HIV que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021 (n=4452).

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Aspectos demográficos		
Idade (em anos completos)		
0-29	892	20,0
30-39	1327	29,8
40-49	1055	23,7
50-59	798	17,9
60 ou mais	380	8,5
Sexo		
Masculino	2998	67,3
Feminino	1454	32,7
Cor da Pele		
Branca	3543	79,6
Preta	438	9,8
Parda	143	3,2
Amarela	326	7,3
Indígena*	2	0,04

Utilização dos Serviços de Saúde**Nível de Atenção**

Atenção Primária somente	2077	46,7
Atenção Secundária somente	118	2,7
Em ambos os níveis de atenção	2248	50,5
Sem registro	9	0,2

Número de consultas no ano

1-6	699	15,7
6-11	949	21,3
12-23	1644	36,9
24-35	687	15,4
36 ou mais	473	10,6

Localização por Distrito Sanitário Municipal

Centro	1419	31,9
Continente	889	20,0
Sul	768	17,3
Norte	949	21,3
Sem informação	427	9,5

Características Clínicas**Última Carga Viral**

<50 cópias /mL	3664	84,8
50 – 1000 cópias / mL	283	6,6
>1000 cópias/mL	376	8,7
Sem resultado	129	2,9

Grau de Imunossupressão

>350 céls/mm ³	4129	92,7
350-200 céls/mm ³	207	4,7
<200 céls/mm ³	116	2,6

Dispensação de TARV

Em dia	3858	86,7
Atraso > 30 dias	594	13,3

Vacinação para Influenza

Não	2278	51,2
Sim	2174	48,8

Ao examinar a carga viral em relação às diferentes características clínicas, observou-se que, entre usuários imunocompetentes, 83,8% apresentavam valores laboratoriais indetectáveis (<50 cópias/mL), enquanto em usuários com imunossupressão grave (CD4<200 céls/mm³), o controle laboratorial foi evidenciado em 47,4% dos usuários. A prevalência de adesão ao tratamento, usuários que estavam retirando as terapias antirretrovirais em dia e tinham carga viral indetectável, foi de 86,4% (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação das características clínicas de acordo com o nível de carga viral das pessoas vivendo com HIV que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021 (n=4452).

<i>Variável</i>	<i>Carga viral</i>			
	<i><50 cópias/mL (%)</i>	<i>50-1000 cópias/mL (%)</i>	<i>>1000 cópias/mL (%)</i>	<i>Sem informação (%)</i>
Grau de imunossupressão				
>350 céls/mm ³	3459 (83,8)	246 (6,0)	304 (7,4)	120 (2,9)
350-200 céls/mm ³	150 (72,5)	17 (8,2)	32 (15,5)	8 (3,9)
<200 céls/mm ³	55 (47,4)	20 (17,2)	40 (34,5)	1 (0,9)
Dispensação da TARV				
Em dia	3335 (86,4)	199 (5,2)	223 (5,8)	101 (2,6)
Atraso > 30 dias	329 (55,4)	84 (14,1)	153 (25,8)	28 (4,7)

Quanto aos aspectos demográficos, a idade apresentou associação direta com adesão ao tratamento do HIV/AIDS. Usuários com 60 anos ou mais apresentaram 16% mais aderentes ao tratamento (IC95% 1,08-1,24) do que aqueles com até 29 anos de idade. As mulheres eram 5% menos aderentes do que os homens (IC95% 0,91 – 0,99), pretos e pardos eram cerca de 13% menos aderentes do que os brancos (Tabela 3).

Quanto à utilização de serviços de saúde o acompanhamento em ambos os níveis, primário e secundário de atenção esteve associado com um aumento de 8% na adesão ao tratamento (IC95% 1,04 -1,08) em comparação com aqueles que realizavam acompanhamento somente na atenção primária. No mesmo parâmetro, aqueles que acompanham apenas na atenção secundária eram 14% menos aderentes (IC95% 0,74 – 1,00) O número de consultas teve associação direta com a adesão ao tratamento sendo 12% maior nos que realizaram mais de 6 consultas por ano do que entre usuários que realizaram 6 consultas ou menos. O distrito sanitário a que o usuário é adscrito não esteve associado à adesão ao tratamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Adesão ao tratamento do HIV: prevalência de aderentes e fatores associados. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021 (n=4452).

	Bruto					Ajustado		
Variável	N	%	RP	IC 95%	P	RP	IC 95%	P
1º Nível: Aspectos demográficos								
Idade (em anos)					<0,001**			<0,001**
0-29	620	69,5	1	-		1	-	
30-39	991	74,7	1,07	1,01 – 1,13		1,07	1,01 – 1,12	
40-49	791	75,0	1,07	1,02 – 1,14		1,08	1,02 – 1,14	
50-59	626	78,5	1,12	1,06 – 1,19		1,13	1,06 – 1,19	
60 ou mais	307	74,9	1,16	1,08 – 1,24		1,16	1,08 – 1,24	
Sexo					0,142*			0,03*
Masculino	2266	75,6	1	-		1	-	
Feminino	1069	73,5	0,97	0,93 – 1,00		0,95	0,91 – 0,99	
Cor da Pele ^Δ					<0,001*			<0,001*
Branca	2718	76,7	1	-		1	-	
Preta	293	66,9	0,87	0,82 – 0,93		0,87	0,82 – 0,93	
Parda	92	64,3	0,87	0,76 – 0,98		0,86	0,77 - 0,98	
Amarela	230	70,6	0,91	0,85 – 0,98		0,92	0,85 – 0,98	
2º Nível: Utilização dos Serviços de Saúde								
Nível de Atenção					<0,001*			<0,001*
Atenção Primária somente	1503	45,1	1	-		1	-	
Atenção Secundária somente	70	2,1	0,81	0,70 – 0,95		0,86	0,74 – 1,00	
Em ambos os níveis de atenção	1755	52,6	1,08	1,04 – 1,11		1,05	1,01 – 1,08	
Sem registro	7	0,2	1,07	0,76 – 1,53		1,11	0,76 – 1,60	
Número de consultas no ano					<0,001**			<0,001**
1-6	455	65,1	1	-		1,	-	
7-11	715	75,3	1,15	1,08 – 1,23		1,13	1,06 – 1,21	
12-23	1280	77,9	1,19	1,12 – 1,27		1,19	1,11 – 1,26	
24-35	522	76,0	1,16	1,08 – 1,25		1,17	1,08 – 1,25	
36 ou mais	363	76,7	1,17	1,09 – 1,26		1,18	1,09 – 1,27	
Localização por Distrito Sanitário					0,08*			0,02*
Centro	1053	74,2	1	-		1	-	
Continente	648	72,9	0,98	0,93 – 1,03		0,97	0,93 – 1,02	
Sul	568	74,0	0,99	0,94 – 1,04		0,97	0,92 – 1,02	
Norte	732	77,1	1,03	0,99 – 1,08		1,03	1,00 – 1,07	
Sem informação	334	74,9	1,05	0,99 – 1,11		1,06	0,99 – 1,12	

RP = razão de prevalência

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

*Teste de Wald para heterogeneidade

** Teste de Wald para tendência linear

^Δ - A categoria Indígena da variável cor da pele, cuja frequência absoluta demonstrou apenas 2 usuários, foi incluída na categoria Branca para a análise multivariada pelo fato de ser a mais prevalente e pela similaridade no perfil de adesão.

4. DISCUSSÃO

O estudo indica que o município ainda não atingiu a meta de 90% dos usuários com parâmetros de supressão viral (carga viral abaixo de 50 cópias/mL) e com dispensação da medicação em dia, entretanto, está próximo da meta. A frequência de supressão viral, de cerca de 85% foi similar à encontrada, tanto para o nível nacional, quanto para a região sul, em estudo de coorte conduzido em 2014-2015 com dados do SICLOM / SISCEL ¹⁶. Pessoas do sexo masculino, de raça branca e que tinham acompanhamento em ambos os níveis de atenção apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso. A idade e o número de consultas estiveram diretamente associadas com a adesão.

A associação positiva entre idade e adesão medicamentosa à TARV é consistente com a literatura^{6,17}. A percepção de maior fragilidade da saúde para o desenvolvimento de imunossupressão e o tratamento concomitante de outras doenças crônicas aumentam a utilização de serviços de saúde que é um dos principais fatores relacionados à melhor adesão¹⁸.

A menor adesão das mulheres ao tratamento está de acordo com outros estudos e pode estar relacionada a maior estigmatização, falta de suporte no relacionamento interpessoal, maior necessidade e preocupação de aprovação no relacionamento marital, além de maior prevalência de depressão¹⁹. Este estudo não avaliou a adesão ao tratamento de acordo com a orientação sexual e identidade de gênero. Entretanto, a literatura aponta que homossexuais masculinos têm mais suporte social de seus grupos e organizações não governamentais, além de menos medo de compartilhar o diagnóstico com parceiros e amigos, fatores estes que influenciam positivamente a adesão^{20,21}.

Em acordo com o resultado deste estudo, no cenário nacional, a cor da pele preta e parda esteve associada a menores níveis de adesão à TARV e continuidade do cuidado^{17,22}. A cor da pele preta e parda é marcador de menor nível econômico e

escolaridade, maior vulnerabilidade social e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, resultando em iniquidade na adesão ao tratamento do HIV²³.

A maior adesão medicamentosa em pessoas com HIV que consultaram exclusivamente na atenção primária, quando comparado a atenção secundária, indica que a política de descentralização da atenção à saúde deste grupo de usuários é adequada⁴. Porém, o número de pessoas com HIV que fazem acompanhamento tanto na atenção primária quanto na atenção secundária sugere que, mesmo em um cenário de oferta restrita de serviço de infectologia, pessoas de baixo risco estão acessando a atenção secundária. Embora a consulta em ambos os níveis de atenção esteja associada à maior adesão ao tratamento, nesse contexto, ela provavelmente está relacionada à lei dos cuidados inversos.

A organização da atenção à saúde orientada pelo cuidado inicial realizado pela atenção primária, com maior proximidade entre o serviço de saúde e o domicílio, oferece melhoria no acesso e amplia a satisfação do usuário com o cuidado²⁴. Entretanto, essa descentralização ainda enfrenta desafios técnicos e éticos. Vários profissionais da APS não se sentem preparados para realizar o acompanhamento das PVHA, existem problemas de referência e contrareferência em que usuários encaminhados não são orientados ou são orientados mas não retornam ao serviço de APS. Além disso, considerando a centralidade do médico no acompanhamento das PVHA, aqueles que já tinham vínculo com a atenção secundária relutam em migrar seu acompanhamento para a atenção primária e usuários têm receio de que o sigilo e a confidencialidade sejam prejudicados ao consultar próximo do seu domicílio²⁵.

Os protocolos municipais preveem a regularidade semestral de consultas²⁶. O estudo mostrou que pessoas que consultaram mais de 6 vezes em um ano têm maior adesão ao tratamento, entretanto a interpretação deste resultado deve ser feita com cautela, porque não houve distinção entre as consultas para o cuidado do HIV/AIDS e outras consultas clínicas ou procedimentos que exijam recorrência, como curativos. O maior número de consultas pode indicar o componente atitudinal do

usuário de busca por saúde, mas também pode refletir um bom vínculo com o profissional de saúde. Um estudo apontou que as pessoas vivendo com HIV/AIDS que apresentam frequência aos serviços abaixo do ideal (ao menos duas consultas no ano com intervalo mínimo de três meses entre elas) levam o dobro do tempo para atingir supressão viral. A retenção ao tratamento tem papel central na supressão viral sustentada, porém, a adesão medicamentosa varia ao longo do tempo²⁷.

Não há consenso na literatura em relação a um padrão ouro para a avaliação da adesão à TARV²⁸. A contagem de comprimidos, o registro de dispensação, o autorrelato, o monitoramento eletrônico e laboratorial são os métodos de aferição da adesão mais comumente encontrados²⁹, mas os pontos de corte para a caracterização da adesão através da dispensação também variam. A avaliação da adesão através do registro de dispensação é considerado prático em função de seu baixo custo, da eliminação do viés de memória por parte do usuário e da facilidade na avaliação de amostras maiores, se comparado às medidas de autorrelato³⁰.

As diferentes formas de aferição da adesão à TARV dificultam a análise de consistência dos achados. Um estudo mostrou que 41% dos usuários considerados aderentes por medida de autorrelato eram classificados como não aderentes pela dispensação documentada. Outros que compararam as duas medidas com a efetividade do tratamento chegaram à conclusão que a medida de autorrelato superestima em até duas vezes a adesão medicamentosa^{31,32}.

A utilização de dados secundários implicaram em algumas limitações. O atual prontuário eletrônico começou a ser utilizado em março de 2018 e a migração do sistema anterior não foi completa, assim o histórico dos usuários foi referente ao período de utilização do sistema novo. A avaliação foi restrita a usuários do sistema público, porque embora os dados de dispensação disponíveis incluíssem, tanto usuários do sistema público, quanto do privado, os dados de laboratório eram relativos apenas a usuários do sistema público. Além disso, os relatórios fornecidos não dispunham de dados sociodemográficos como identidade de gênero, orientação

sexual, uso de drogas, escolaridade e ocupação que a literatura aponta como importantes na avaliação da adesão medicamentosa.

Nos parâmetros laboratoriais, embora usuários que apresentavam carga viral de 50-1000 cópias ou acima de 1000 cópias tenham sido considerados não aderentes, parte deles poderia ser aderente mas estar em início de tratamento, ainda sem tempo hábil para atingir a supressão viral. Este erro de classificação subestima a prevalência de adesão ao tratamento. Apesar das limitações, o estudo utiliza a mesma estratégia de outras pesquisas na mensuração do desfecho, permitindo a comparabilidade dos achados. Para aprofundar a compreensão dos fatores que determinam a adesão ao tratamento, futuros estudos com dados secundários mais completos, ou de dados primários, devem incluir um maior detalhamento dos aspectos sociodemográficos, avaliar a qualidade e a integralidade da atenção às PVHA, incluindo estudos longitudinais que avaliem a retenção ao tratamento.

Um estudo nacional aponta que, assim como Florianópolis, outras regiões do país apresentam uma adesão à TARV de cerca de 80%²³, indicando que ainda são necessários esforços para alcançar a meta 90-90-90. O presente estudo sugere que a descentralização da atenção às PVHA é uma estratégia útil na ampliação da adesão, entretanto, ainda precisa ser completada. Para isso é fundamental a formação dos profissionais da APS, para que se sintam preparados para a oferta deste serviço. É necessário que a equipe de saúde tenha formação para o acolhimento destes usuários que apresentam situação de saúde particularmente sensível à confidencialidade. É importante a educação em saúde dos usuários, tanto para o autocuidado, como para que saibam o nível de atenção adequado a eventuais necessidades em saúde. Além disso, é preciso que os profissionais dos diferentes níveis de atenção utilizem os protocolos e trabalhem de forma articulada, construindo uma relação de confiança de forma que o usuário transite na referência e contrareferência pautado pelas mesmas indicações. Estas recomendações são úteis para todos os municípios brasileiros que ainda estão buscando a meta 90-90-90 e em processo de descentralização da atenção às PVHA.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. PATERSON, D. L. et al. Erratum: Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection (Annals of Internal Medicine (2000) 133 (21-30)). Annals of Internal Medicine, [s. l.], v. 136, n. 3, p. 253, 2002.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. How AIDS changed Everything: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Society, [s. l.], 2015.
3. BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Adesão Ao Tratamento Antirretroviral No Brasil : [s.l.], 2007.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS. 5 Passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. [s. l.], p. 8, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>>
5. BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Ministério da Saúde, [s. l.], p. 47, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-ri>>
6. BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2019. [s. l.], 2019.
7. UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva, [s. l.], p. 38, 2015. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf>
8. NEMES, Maria I. B.; CARVALHO, Heráclito B.; SOUZA, Maria F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. Aids, [s. l.], v. 18, n. SUPPL. 3, 2004.
9. MAISELS, L.; STEINBERG, J.; TOBIAS, C. An investigation of why eligible patients do not receive HAART. AIDS Patient Care and STDs, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 185–191, 2001.

10. SANTOS, Érick Igor Dos et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 454, 2015.
11. MACCARTHY, Sarah et al. Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: A cross-sectional study from a large urban center of Brazil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, [s. l.], v. 40, n. 6, p. 418–426, 2016.
12. KELLY, Jeffrey A.; KALICHMAN, Seth C. Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 626–639, 2002.
13. PREFEITURA DE FLORIANOPOLIS, Luta contra a AIDS. *Boletim epidemiológico*. [s. l.], p. 2017–2019, 2018.
14. WELLS, R. H. C.; BAY-NIELSEN, H.; BRAUN, R.; et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. [S.l.: s.n.], 2011.
15. BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 261–278, 2007.
16. MEIRELES, Mariana V.; PASCUM, Ana Roberta P.; DUARTE, Elisabeth C.. Factors Associated With Early Virological Response in HIV-Infected Individuals Starting Antiretroviral Therapy in Brazil (2014–2015): results from a large hiv surveillance cohort. *J aids Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, [S.L.], v. 78, n. 4, p. 19-27, 1 ago. 2018.
17. AZMACH, Nuredin Nassir; HAMZA, Temam Abrar; HUSEN, Awel Abdella. Socioeconomic and Demographic Statuses as Determinants of Adherence to Antiretroviral Treatment in HIV Infected Patients: a systematic review of the literature. *Current Hiv Research*, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 161-172, 23 out. 2019
18. MANN, Sarah Czarna; CASTILLO-MANCILLA, Jose R.. HIV, aging, and adherence. *Current Opinion In Hiv And Aids*, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 134-141,

mar. 2020.

19. PUSKAS, Cathy M.; FORREST, Jamie I.; PARASHAR, Surita; SALTERS, Kate A.; CESCO, Angela M.; KAIDA, Angela; MILLER, Cari L.; BANGSBERG, David R.; HOGG, Robert S.. Women and Vulnerability to HAART Non-Adherence: a literature review of treatment adherence by gender from 2000 to 2011. *Current Hiv/Aids Reports*, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 277-287, 12 out. 2011.
20. STIRRATT, Michael J.; REMIEN, Robert H.; SMITH, Anna; COPELAND, Olivia Q.; DOLEZAL, Curtis; KRIEGER, Daniel. The Role of HIV Serostatus Disclosure in Antiretroviral Medication Adherence. *Aids And Behavior*, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 483-493, 23 maio 2006
21. LANGEBEEK, Nienke; GISOLF, Elizabeth H; REISS, Peter; VERVOORT, Sigrid C; HAFSTEINSDÓTTIR, Thóra B; RICHTER, Clemens; SPRANGERS, Mirjam Ag; NIEUWKERK, Pythia T. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *Bmc Medicine*, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 12-114, 21 ago. 2014
22. AHNQUIST, Johanna; WAMALA, Sarah P.; LINDSTROM, Martin. Social determinants of health – A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*, [S.L.], v. 74, n. 6, p. 930-939, mar. 2012
23. PASCOM, Ana Roberta Pati; MEIRELES, Mariana Veloso; BENZAKEN, Adele Schwartz. Sociodemographic determinants of attrition in the HIV continuum of care in Brazil, in 2016. *Medicine*, [S.L.], v. 97, n. 1, p. 69-74, maio 2018.
24. LEON, Carlued; KOOSSED, Tamar; PHILIBERT, Bryn; RAPOSO, Cristina; BENZAKEN, Adele Schwartz. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. *Bmc Health Services Research*, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 2-16, 30 maio 2019.
25. MELO, Eduardo Alves; MAKUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no sistema único de saúde?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.L.], v. 42, p. 3-8, 2018.
26. Fair A. PACK Brasil Adulto. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta

de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Cape Town: University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit; 2017.

27. CRAWFORD, Timothy N.; THORNTON, Alice. Retention in Continuous Care and Sustained Viral Suppression: Examining the Association among Individuals Living with HIV. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 42–47, 2017.
28. CHESNEY, Margaret A. The Elusive Gold Standard. [s. l.], v. 43, p. 149–155, 2006.
29. MÛNENE, Edwin; EKMAN, Björn. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Global Health Action*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1–11, 2014.
30. BANGSBERG, David R. Preventing HIV Antiretroviral Resistance through Better Monitoring of Treatment Adherence. *The Journal of Infectious Diseases*, [s. l.], v. 197, n. s3, p. S272–S278, 2008.
31. GROSSBERG, Robert; ZHANG, Yawei; GROSS, Robert. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *Journal of Clinical Epidemiology*, [s. l.], v. 57, n. 10, p. 1107–1110, 2004.
32. FAIRLEY, Christopher K.; PERMANA, A.; READ, T. R. H. Long-term utility of measuring adherence by self-report compared with pharmacy record in a routine clinic setting. *HIV Medicine*, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 366–369, 2005.