

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ALEXANDRE NOGUEIRA FACUNDO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) DE SÃO LUÍS
– MA.**

São Luís
2016

ALEXANDRE NOGUEIRA FACUNDO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) DE SÃO LUÍS
– MA.**

Artigo apresentado como pré-requisito para obtenção do grau de Médico pela Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Rodrigues Saldanha e coorientação da prof^a Dra Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

São Luís
2016

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Nogueira Facundo, Alexandre.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO SAE DE SÃO LUÍS MA /
Alexandre Nogueira Facundo, Sarah Sousa e Sousa. - 2016.
46 f.

Coorientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Orientador(a): Ana Cristina Rodrigues Saldanha.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Curso de
Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de
Medicina, 2016.

1. Adesão à Medicação. 2. HIV. 3. Terapia
Antirretroviral de alta atividade. I. Oliveira Pinho,
Judith Rafaelle. II. Rodrigues Saldanha, Ana Cristina.
III. Sousa e Sousa, Sarah. IV. Título.

ALEXANDRE NOGUEIRA FACUNDO

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) DE SÃO LUÍS
– MA.**

Artigo apresentado como pré-requisito para obtenção do grau de Médico pela Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Rodrigues Saldanha e coorientação da prof^a Dra Judith Rafaele Oliveira Pinho.

Aprovado em: ___/___/_____.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Mônica Elinor Alves Gama

Prof^a Dr^a Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco

Prof^a Dr^a Rejane Christine de Jesus Queiroz

São Luís
2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Alex e Wangelba Facundo, por todo estímulo e contribuição para minha formação humana e acadêmica. Por acreditarem no meu potencial, por me apoiarem incondicionalmente e me proporcionarem a realização de muitos sonhos.

À minha noiva Sarah Sousa, por estar ao meu lado em todos os momentos, sonhar junto comigo e alegrar-se com minhas conquistas.

Às minhas irmãs Alessa e Maria Clara Nogueira, por estarem comigo dividindo momentos especiais e grandes conquistas.

A toda minha família, avós, tios, primos e afilhados, os quais estiveram sempre comigo, motivando-me e contribuindo de diferentes maneiras para meu desenvolvimento humano, intelectual, social e acadêmico.

Às minhas orientadoras, professoras Ana Cristina e Judith Rafaelle, por toda a disponibilidade cedida para a realização desse trabalho e por todos os conhecimentos divididos, contribuindo em muito para meu aprimoramento profissional e pessoal.

Aos meus sogros Ubirajara e Mariana Sousa, por todos os ensinamentos passados ao longo dessa trajetória e por todo apoio dado.

Aos meus amigos, por sempre acreditarem na minha capacidade e por vibrarem pelas minhas conquistas e à Turma 93, que fez esta caminhada menos repleta de percalços.

Aos professores e profissionais que tornaram minha formação acadêmica ainda mais rica, cheia de aprendizado e feliz.

À equipe do Hospital Getúlio Vargas, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Maranhão (FAPEMA) e à Universidade Federal do Maranhão por ter-me oferecido todo o apoio, material e humano, necessário para realização deste trabalho.

E a todas as pessoas que de alguma forma proporcionaram a realização desse trabalho.

*“Não chores, meu filho;
Não chores, que a vida
É luta renhida:
Viver é lutar.
A vida é combate,
Que os fracos abate,
Que os fortes, os bravos
Só pode exaltar. ”*

Gonçalves Dias

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE SÃO LUÍS – MA.**

**ASSESSMENT OF ADHERENCE ON ANTIRETROVIRAL THERAPY IN
A SPECIALIZED CARE UNIT OF SÃO LUIS – MA.**

Alexandre Nogueira Facundo¹

Ana Cristina Rodrigues Saldanha²

Judith Rafaelle Oliveira Pinho³

Sarah Sousa e Sousa⁴

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

²Professora Doutora em Biologia Parasitária pelo Instituto Oswaldo Cruz.

³Professora Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão

⁴Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Introdução: A avaliação da adesão à terapia antirretroviral (TARV) se mostra extremamente importante no cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Múltiplos fatores podem acarretar a má adesão à TARV e comprometer a efetividade do controle da doença. **Objetivo:** Determinar a taxa de adesão à TARV e fatores associados dos pacientes atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital Getúlio Vargas (HGV) no período de julho/2014 a junho/2015, em São Luis/MA. **Metodologia:** Estudo transversal, sendo entrevistados 171 pacientes em uso de TARV, com coleta de dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais e aplicação do Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (QSAM). A carga viral atual e o QSAM serviram de parâmetro para aferir indiretamente a adesão e avaliar os fatores influenciadores. **Resultados:** A taxa de adesão de acordo com o QSAM foi de 32,75%. Utilizando-se o critério da carga viral atual esta taxa foi de 69,01% dos pacientes. Os fatores que influenciaram a adesão à TARV foram: escolaridade, uso de álcool e drogas, vir acompanhado às consultas, intervalo diagnóstico-terapêutico, a presença de efeitos colaterais e o tempo de tratamento. **Conclusão:** As taxas de adesão encontradas, em ambos os métodos, assemelharam-se a diferentes estudos discordantes realizados no Brasil, mostrando que ainda não há um método eficaz para estimar a adesão terapêutica. Apesar das dificuldades, contudo, deve-se sempre avaliar a adesão à TARV, buscando intervir nos fatores que a influenciam para otimizar a atenção em saúde, e garantir maior sucesso terapêutico e melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Palavras-chave: HIV. Terapia antirretroviral de alta atividade. Adesão à medicação.

ABSTRACT

Introduction: Assessment of adherence to antiretroviral therapy (ART) is shown to be extremely important in the care of people living with HIV / AIDS (PLWHA). Multiple factors can lead to poor adherence to ART and compromise the effectiveness of the disease control. **Objective:** To determine the adherence rate to ART and associated factors of patients treated at the Specialized Care Service (SCS) of Hospital Getulio Vargas (HGV) from July / 2014 to June / 2015 in São Luis-MA. **Methods:** Cross-sectional study, which interviewed 171 patients using HAART, by collecting sociodemographic clinical and laboratory data, and applying Simplified Questionnaire of Medication Adherence (QSAM). The current viral load and the QSAM served as a parameter to estimate adherence and evaluate the influencing factors. **Results:** The adherence rate according to the QSAM was 32.75%. When viral load was used to estimate adherence, 69.01% of the patients were considered adherent to ARV. The factors associated to poor adherence were educational level, use of alcohol and drugs, coming accompanied to consultations, diagnostic-therapeutic gap, the presence of side effects and the treatment duration. **Conclusion:** The adherence rates found in both methods were similar to different discordant studies in the Brazil, showing that there is still no effective method to estimate adherence. Despite the difficulties, however, adherence to ART must be always assessed in order to intervene in the factors that influence it, to optimize health care, and ensure greater therapeutic success and better quality of life for these patients.

Keywords: HIV. Antiretroviral therapy highly active. Medication adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Sigla em Inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HIV	Sigla em Inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana
MEMS	Sigla em Inglês para Sistema de Monitorização de Eventos Medicamentosos
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
QSAM	Questionário Simplificado de Adesão à Medicação
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
TARV	Terapia Antirretroviral

LISTA DE TABELAS

Tabela I	Análise Descritiva de Fatores Socioeconômicos, Clínicos e Laboratoriais dos pacientes HIV+ atendidos no SAE do HGV.
Tabela II	Análise Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Socioeconômicos que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com o QSAM.
Tabela III	Análises Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Clinicolaboratoriais que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com o QSAM.
Tabela IV	Análise Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Socioeconômicos que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com a Carga Viral Atual.
Tabela V	Análise Ajustada e Não-Ajustada dos Fatores Clinicolaboratoriais que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com a Carga Viral Atual.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	MÉTODOS.....	8
	2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	9
3	RESULTADOS	10
4	DISCUSSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
	ANEXO I.....	24
	ANEXO II.....	25
	APÊNDICE I.....	29
	APÊNDICE II.....	31
	APÊNDICE III.....	33

1 INTRODUÇÃO

Desde os primeiros relatos na década de 1980, até o ano de 2013, a AIDS provocou mais de 290 mil óbitos no Brasil e mais de 790 mil casos foram notificados¹

Na capital São Luís, até o ano de 2010, mais de 3.500 casos foram registrados, sendo a cidade detentora do maior percentual dos mais de 2.300 óbitos por AIDS observados no Maranhão². Atualmente, o País vive uma estabilização da epidemia, uma vez que o acesso gratuito e universal aos antirretrovirais (ARV) e aos testes anti-HIV tem reduzido drasticamente a morbimortalidade relacionada à doença³.

Um grande obstáculo a ser superado, porém, é o fenômeno da não adesão ao tratamento, que afeta, principalmente, pessoas com doenças crônicas⁴. No caso do HIV/AIDS, em especial, a adesão aos ARV desempenha um papel central na falha terapêutica⁵, sendo aquela necessária para a obtenção de melhor resposta virológica, menor risco de resistência aos medicamentos e menor morbidade⁶, e considerada, portanto, o segundo parâmetro mais relevante na previsão da progressão da doença e da chance de sobrevivência⁷.

Desta forma, a adesão à TARV é fundamental para o alcance da meta 90-90-90 da UNAIDS até 2020, que estabelece como objetivos que 90% das PVHA saibam do diagnóstico, 90% destas recebam TARV ininterruptamente e que 90% dos pacientes em tratamento obtenham supressão viral⁸.

Estudos apontam que as taxas de não adesão aos ARV em pacientes adultos variam de 33% a 88%, enquanto o necessário para a completa e contínua supressão viral é mais de 80% de adesão terapêutica^{9,10}. No Brasil, um estudo multicêntrico envolvendo 1.972 pacientes de 60 serviços de saúde em sete Estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Ceará, Maranhão e Pará) encontrou taxa de adesão de 75%¹¹.

Dentre os múltiplos fatores que contribuem para os altos índices de não adesão aos ARV, podem-se destacar a presença de efeitos colaterais e toxicidade à TARV, que variam de acordo com o esquema utilizado; a complexidade posológica dos esquemas, como a necessidade de ingestão de vários comprimidos ao dia, ora com alimentos ora em jejum; além da necessidade de armazenamento refrigerado e

de ajustes no período do dia em que cada dose deve ser tomada, o que demanda mudanças na rotina diária e organização do paciente^{12,13,14}. Além destes, a troca de esquema de TARV, pelo menos uma vez, e a contagem de células T CD4+ > 200 células/mm³ são fatores associados a não adesão¹⁵.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às questões relacionadas ao indivíduo e ao contexto social em que esse se insere. Estudos demonstram que as causas mais comuns de perda de doses da medicação, relatadas pelos pacientes, foram: esquecimento, estar ocupado com outras coisas, esquecer-se de levar as drogas quando longe de casa, mudanças na rotina diária, caráter estigmatizante da doença e o sentimento de depressão^{16,17}.

Somam-se a estas características individuais, as influências socioeconômicas, como baixo nível de escolaridade e renda, sexo feminino, desemprego, más condições de vida e déficit nutricional, e condição civil solteira^{15,18,19}.

Bonolo et al.²⁰ demonstraram que a não adesão esteve associada também ao uso de álcool e outras drogas, e à longa duração entre o teste do HIV e o início da terapia.

Em relação ao sistema e equipe de saúde, demonstrou-se que o não comparecimento às consultas, a relação equipe de saúde-indivíduo, o difícil acesso ao serviço de saúde, o grande intervalo entre consultas e o maior número de pacientes atendidos no mesmo serviço estiveram relacionados à má adesão à TARV²¹.

Os métodos mais utilizados para avaliar a adesão podem ser agrupados em diretos, como a medida de concentração plasmática dos fármacos e marcadores biológicos; e indiretos, como a contagem de comprimidos, registros de dispensa de medicação pela farmácia e a avaliação referida pelo próprio paciente, normalmente realizada através de questionários²².

Os métodos objetivos, com destaque para o Sistema de Monitorização de Eventos Medicamentosos (MEMS), representam os elementos mais fidedignos para avaliação da adesão à terapia, porém são caros e não estão amplamente disponíveis. Em contrapartida, os métodos indiretos são de mais fácil execução e

estão mais disponíveis, apesar de apresentarem menor eficácia. A avaliação autorreferida, por exemplo, é um importante mecanismo, com boa utilidade na prática clínica em função de sua praticidade e baixo custo, tendo como principal desvantagem a superestimação da adesão²³.

É extremamente importante, portanto, o conhecimento do contexto da não adesão à TARV no Brasil, por meio da compreensão das dificuldades e vulnerabilidades tanto das pessoas convivendo com HIV/AIDS, como do sistema de saúde, para que possam, então, ser adotadas novas políticas e práticas que melhorem a adesão aos ARV e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessa parcela da população.

No âmbito regional, a inexistência de estudos que avaliam tal contexto associado ao número expressivo de pacientes com AIDS no Estado, tornam ainda mais relevante a necessidade da realização deste trabalho.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal para avaliar a adesão à terapia antirretroviral e fatores associados, no serviço do Hospital Getúlio Vargas (HGV), em São Luís.

A população de estudo consiste em uma amostra de conveniência de 171 pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do HGV entre julho de 2014 e junho de 2015 e em uso de qualquer esquema de Terapia Antirretroviral (TARV) por pelo menos 3 meses. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu inicialmente, por meio do preenchimento de fichas contendo dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes. Em seguida, foram realizadas entrevistas individuais, após cada consulta, com aplicação de questionário estruturado para avaliação da adesão do paciente ao tratamento. O questionário foi aplicado sempre pelo mesmo entrevistador, devidamente treinado para este fim.

Os pacientes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, sendo garantidos o anonimato das respostas e o caráter facultativo de sua participação.

O primeiro questionário teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico dos pacientes, por meio de dados de identificação, escolaridade, renda, hábitos de vida (incluindo uso de álcool e drogas) e da rede de apoio ao tratamento; além de conter dados clínicos e laboratoriais referentes aos medicamentos em uso e à contagem de CD4 e Carga Viral do paciente.

O segundo instrumento aplicado foi o Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (QSAM), método subjetivo elaborado e validado por Knobel et al.²⁴, tendo como base a escala de Morisky²⁵, com sensibilidade de 72% e especificidade de 91% para detecção de pacientes não aderentes à TARV, ou seja, com menos de 90% das doses prescritas efetivamente tomadas.

O QSAM contém, ao todo, seis perguntas, sendo quatro delas respondidas por “sim” ou “não”, uma, com o número de vezes que o paciente deixou de tomar a

medicação durante a semana e a última, com o número de dias sem tomar a medicação nos últimos 3 meses. O teste é considerado positivo quando um paciente não aderente é detectado, ou seja, quando qualquer uma das respostas qualitativas for afirmativa ou quando mais de duas doses forem perdidas na última semana, ou ainda mais de 2 dias sem tomar medicação nos últimos 3 meses.

Os pacientes foram classificados em relação à adesão à TARV mediante dois critérios: o QSAM, sendo classificados como aderentes, os que obtiveram resultado negativo do teste; e a carga viral mais atual aferida, respeitando um intervalo máximo de 3 meses entre o resultado e a coleta dos dados, sendo considerados aderentes os pacientes com carga viral indetectável.

A análise de dados foi realizada através do Software Stata® /SE 12.0. As variáveis foram submetidas à análise univariada e multivariada por meio de Regressão Logística, com nível de confiança de 95%. Foram realizados dois modelos de análise: não ajustada (univariada) e ajustada (multivariada) para ambas as variáveis dependentes utilizadas para definir a adesão, o QSAM e a carga viral atual.

2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi norteado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi enviado à Plataforma Brasil e submetido à análise pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra, definido pelo protocolo nº 751.56, disponível no Anexo II.

As informações obtidas a partir dos dados coletados tiveram caráter sigiloso, sendo os questionários identificados pelo número do prontuário utilizado pelo hospital, o que torna impossível a identificação do nome do sujeito da pesquisa. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os riscos inerentes à pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponível no Apêndice I.

3 RESULTADOS

Do total de 171 pacientes analisados, 32,75% obtiveram adesão satisfatória à TARV de acordo com o QSAM. Em contrapartida, utilizando-se o critério da carga viral atual, 69,01% foram classificados como aderentes à medicação, atingindo níveis indetectáveis de vírus no sangue.

A média da contagem de linfócitos TCD4 na amostra foi de 342,97 cels/mm³ ($\pm 15 - 1362$) ao início do tratamento e de 524,98 cels/mm³ ($\pm 5 - 1295$), no momento da coleta de dados. As contagens de linfócitos TCD8 médias inicial e final foram respectivamente 1013 cels/mm³ ($\pm 45 - 3378$) e 986,51 cels/mm³ ($\pm 151 - 2664$).

Os resultados da análise descritiva encontram-se esquematizados na Tabela I.

Tabela I. Análise Descritiva de Fatores Socioeconômicos, Clínicos e Laboratoriais dos pacientes HIV+ atendidos no SAE do HGV.

Variável	Total	Frequência(%)	Variável	Total	Frequência(%)
sexo			uso de drogas		
Masculino	110	64,33	Não	160	93,57
Feminino	61	35,67	Sim	11	6,43
idade*			tabagismo		
≥ 42 anos	103	60,23	Sim	26	15,20
<42 anos	68	39,77	Não	145	84,80
procedência			renda (sm)**		
Capital	97	56,73	<1	45	26,32
Região Metropolitana	24	14,04	1 a 2	98	57,31
Interior	50	29,24	3 ou mais	28	16,37
profissão			mora com alguém?		
Empregado	54	31,58	Sim	150	12,28
Autônomo	61	15,67	Não	21	87,72
Desempregado	36	21,95	alguém sabe do diagnóstico?		
Estudante	5	2,92	Sim	165	96,49
Aposentado	15	8,77	Não	6	3,51
cor			vem acompanhado?		
Branca	20	11,7	Sim	52	30,41
Parda	121	70,76	Não	119	69,59
Preta	30	17,54	esquema terapêutico		
estado civil			2ITRN + 1 ITRNN***	114	66,67
Casado/união estável	72	42,11	2ITRN + 1IP***	52	30,41
Solteiro	86	50,29	Outros	5	2,92
Víuvo	13	7,6	nº comprimidos/dia		
escolaridade			3	52	31,14
Fundamental	91	53,22	≥4	115	68,86
Médio	50	29,34	tempo de diagnóstico		
Superior	30	17,54	≤ 1ano	49	28,65
uso de álcool			1 a 5 anos	51	29,82
Nunca	86	50,29	>5 a <10anos	26	15,20
1x/mês	50	29,24	>10anos	45	26,32
2 ou mais/mês	35	20,47	tempo de tratamento		
uso de outras medicações					

Nenhuma	109	63,74	≤ 1ano	60	35,09
1	28	16,37	1 a 5 anos	51	29,82
2 ou mais	34	19,88	>5 a <10anos	21	12,28
efeitos colaterais			≥10anos	39	22,81
Sim	110	64,33	carga viral atual		
Não	61	35,67	Indetectável	118	69,01
tipo de efeito colateral			50 a 1000	26	15,20
Geral	47	27,49	1000 a 100.000	19	11,11
Neurológico	30	17,54	>100.000	8	4,68
Gastrointestinal	22	12,87	carga viral inicial		
Outros	11	6,43	Indetectável	29	16,96
troca de esquema?			50 a 1000	20	11,70
Sim	50	29,24	1000 a 100.000	91	53,22
Não	121	70,76	>100.000	31	18,13
CD4 atual****			CD8 atual****		
≥525	80	46,78	≤986	104	60,82
<525	91	53,22	>986	67	39,18
CD4 inicial****			CD8 inicial****		
≥342	77	45,03	≤1013	100	58,48
<342	94	54,97	>1013	71	41,52
CD4/CD8 atual****			CD4/CD8 inicial****		
≤0,63	102	59,65	≤0,43	108	63,16
>0,63	69	40,35	>0,43	63	36,84

*42 anos: idade média obtida na amostra;** SM: Salário Mínimo no ano de 2014: R\$ 724,00 e no ano de 2015: R\$ 788,00;***ITRN: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídeo; ITRNN: Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleotídeo; IP: Inibidor de Protease;**** Valores de CD4, CD8 e CD4/CD8 médios obtidos na amostra.

As variáveis que demonstraram influência na adesão à TARV à análise univariada foram: uso de álcool, vir acompanhado às consultas, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento e carga viral inicial.

À análise multivariada, observou-se relação significativa com a adesão entre as seguintes variáveis: escolaridade, uso de drogas, intervalo diagnóstico-terapêutico, tipo de efeito colateral, profissão, uso de outras medicações e carga viral ao início do tratamento.

As Tabelas II a V contêm as análises ajustada e não ajustada da associação das variáveis analisadas em relação à adesão à terapia, medidas de acordo com o QSAM e a carga viral atual.

Tabela II. Análise Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Socioeconômicos que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com o QSAM.

	NÃO AJUSTADA			AJUSTADA		
	RP*	P valor	IC**	RP*	P valor	IC*
Sexo						
Masculino	-	-	-	-	-	-
Feminino	0,99	0,994	0,51 – 1,94	1,15	0,817	0,36 – 3,67
Idade***						
≥ 42 anos	0,59	0,117	0,31 – 1,13	0,40	0,107	0,13 – 1,21
<42 anos	-	-	-	-	-	-

Cor						
Branca	-	-	-	-	-	-
Parda	0,90	0,843	0,32 – 2,52	0,38	0,242	0,08 – 1,91
Preta	0,74	0,626	0,22 – 2,48	0,20	0,133	0,02 – 1,62
Procedência						
Capital	-	-	-	-	-	-
Reg. Metropolitana	2,70	0,091	0,85 – 8,54	3,15	0,180	0,59 – 16,9
Interior	0,96	0,909	0,47 – 1,96	1,53	0,466	0,48 – 4,87
Profissão						
Empregado	-	-	-	-	-	-
Autônomo	0,58	0,179	0,26 – 1,28	0,65	0,512	0,18 – 2,37
Desempregado	0,70	0,448	0,28 – 1,76	1,51	0,660	0,24 – 9,46
Estudante	0,23	0,131	0,03 – 1,54	0,17	0,274	0,01 – 4,04
Aposentado	0,96	0,954	0,26 – 3,52	0,23	0,261	0,02 – 2,93
Estado civil						
Casado/U. Estável	-	-	-	-	-	-
Solteiro	0,72	0,240	0,36 – 1,42	0,40	0,099	0,13 – 1,18
Viúvo	0,45	0,193	0,13 – 1,49	0,93	0,948	0,12 – 7,43
Escolaridade						
Fundamental	1,50	0,353	0,64 – 3,53	6,28	0,048	1,02 – 38,7
Médio	1,42	0,468	0,55 – 3,64	3,34	0,203	0,52 – 21,4
Superior	-	-	-	-	-	-
Renda (SM)****						
<1	1,36	0,533	0,52 – 3,60	1,42	0,704	0,23 – 8,72
1 a 2	1,87	0,155	0,79 – 4,47	0,55	0,626	0,05 – 5,98
3 ou mais	-	-	-	-	-	-
Uso de álcool						
Nunca	-	-	-	-	-	-
1x/mês	2,55	0,021	1,15 – 5,65	3,25	0,071	0,90 – 11,72
2 ou mais/mês	2,08	0,099	0,87 – 4,97	3,31	0,087	0,84 – 13,07
Uso de drogas						
Sim	1,32	0,690	0,34 – 5,18	2,11	0,035	1,18 – 86,64
Não	-	-	-	-	-	-
Tabagismo						
Sim	1,11	0,815	0,45 – 2,74	1,26	0,750	0,30 – 5,18
Não	-	-	-	-	-	-
Mora com alguém?						
Sim	1,25	0,664	0,46 – 3,42	1,87	0,387	0,45 – 7,78
Não	-	-	-	-	-	-
Alguém sabe do diagnóstico?						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	0,97	0,975	0,17 – 5,48	6,37	0,190	0,39 – 101,57
Vem acompanhado?						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	0,87	0,716	0,43 – 1,77	0,56	0,355	0,16 – 1,92

*RP: Razão de Prevalências; **IC: Intervalo de Confiança;***P<0,05 para Qui-quadrado de Pearson; ****42 anos = idade média obtida na amostra; Caselas com traço (-): categoria de base. *****U. Estável: União Estável. *****SM:Salário Mínimo no ano de 2014: R\$ 724,00 e no ano de 2015: R\$ 788,00.

Tabela III. Análises Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Clínico-laboratoriais que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com o QSAM.

	NÃO AJUSTADA			AJUSTADA		
	RP*	P valor	IC**	RP*	P valor	IC**
Esquema Terapêutico						
2ITRN + 1 ITRNN***	-	-	-	-	-	-
2ITRN + 1IP***	1,33	0,429	0,65 – 2,72	0,37	0,236	0,07 – 1,90
Outros	2,16	0,497	0,23 – 20,01	1,51	0,801	0,06 – 37,5
Nº comprimidos/dia						
3	-	-	-	-	-	-
≥ 4	0,56	0,119	0,27 – 1,16	1,03	0,968	0,27 – 3,83
Tempo de Diagnóstico						
≤ 1ano	-	-	-	-	-	-
1 a 5 anos	1,98	0,109	0,86 – 4,57	2,67	0,455	0,20 – 35,02
> 5 a <10anos	1,41	0,489	0,53 – 3,80	1,51	0,845	0,02 – 93,52
>10anos	2,06	0,103	0,86 – 4,92	8,80	0,473	0,21 – 27,95
Tempo de Tratamento						
≤ 1ano	-	-	-	-	-	-
1 a 5 anos	2,09	0,076	0,93 – 4,70	2,44	0,473	0,21 – 27,95
> 5 a < 10anos	1,16	0,774	0,42 – 3,21	0,94	0,974	0,02 – 48,35
≥ 10anos	2,07	0,106	0,86 – 5,01	0,31	0,697	0,01 – 108,37
Intervalo diagnóstico-terapêutico						
≤ 10 meses	-	-	-	-	-	-
10 meses a 5 anos	2,16	0,147	0,76 – 6,12	12,04	0,036	1,17 – 123,56
≥ 5anos	1,08	0,904	0,31 – 3,78	1,09	0,977	0,01 – 437,45
Uso de outras medicações						
Nenhuma	-	-	-	-	-	-
1	0,75	0,516	0,31 – 1,80	1,01	0,993	0,27 – 3,72
2 ou mais	0,59	0,200	0,27 – 1,31	0,51	0,283	0,15 – 1,75
Efeitos Colaterais						
Sim	0,63	0,172	0,33 – 1,22	3,49	0,625	0,02 – 528,73
Não	-	-	-	-	-	-
Tipo de Efeito Colateral						
Geral	-	-	-	-	-	-
Neurológico	2,48	0,096	0,85 – 7,24	6,80	0,029	1,21 – 37,92
Gastrointestinal	2,79	0,102	0,81 – 9,58	28,60	0,010	2,20 – 370,16
Outros	1,08	0,905	0,28 – 4,24	3,42	0,338	0,27 – 42,37
Troca de esquema?						
Sim	0,95	0,893	0,47 – 1,93	0,65	0,524	0,17 – 2,44
Não	-	-	-	-	-	-
Carga viral inicial						
Indetectável	-	-	-	-	-	-
50 a 1000	0,71	0,581	0,21 – 2,41	0,25	0,168	0,03 – 1,78
1000 a 100.000	0,77	0,488	0,31 – 1,95	0,55	0,420	0,13 – 2,34
> 100.000	0,69	0,512	0,23 – 2,07	0,54	0,487	0,09 – 3,06
CD4 atual****						
≥ 500	-	-	-	-	-	-
< 500	0,79	0,481	0,42 – 1,50	1,83	0,362	0,49 – 6,74
CD4 inicial****						
≥ 500	-	-	-	-	-	-
< 500	0,62	0,268	0,27 – 1,44	0,063	0,530	0,15 – 2,65
CD8 atual****						
≤ 986	1,76	0,101	0,89 – 3,48	2,11	0,281	0,54 – 8,17
> 986	-	-	-	-	-	-
CD8 inicial****						
≤ 1013	-	-	-	-	-	-
>1013	0,82	0,563	0,43 – 1,57	0,84	0,761	0,28 – 2,56

CD4/CD8 atual****						
≤ 0,63	-	-	-	-	-	-
> 0,63	1,06	0,843	0,56 – 2,05	0,74	0,668	0,19 – 2,93
CD4/CD8 inicial****						
≤ 0,43	-	-	-	-	-	-
> 0,43	1,72	0,120	0,87 – 3,44	2,88	0,114	0,77 – 10,74

*RP: Razão de Prevalências; **IC: Intervalo de Confiança; ***P<0,05 para Qui-quadrado de Pearson; Caselas com traço (-): categoria de base. ****ITRN: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídeo; *****ITRNN: Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleotídeo; *****IP: Inibidor de Protease. ***** Valores de CD4, CD8 e CD4/CD8 médios obtidos na amostra.

Tabela IV. Análise Ajustada e Não Ajustada dos Fatores Socioeconômicos que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com a Carga Viral Atual.

	NÃO AJUSTADA			AJUSTADA		
	RP	P valor	IC	RP	P valor	IC
sexo						
masculino	-	-	-	-	-	-
feminino	1,28	0,470	0,65 – 2,50	1,53	0,518	0,42 – 5,55
idade						
≥ 42 anos	0,55	0,088	0,27 – 1,09	0,38	0,089	0,12 – 1,16
<42 anos	-	-	-	-	-	-
cor						
branca	-	-	-	-	-	-
parda	1,15	0,787	0,42 – 3,22	1,44	0,662	0,28 – 7,51
preta	0,71	0,499	0,20 – 2,55	1,26	0,835	0,14 – 11,10
procedência						
capital	-	-	-	-	-	-
região metropolitana	0,965	0,944	0,36 – 2,58	0,74	0,750	0,12 – 4,50
interior	1,21	0,611	0,58 – 2,50	1,21	0,779	0,32 – 4,50
profissão						
empregado	-	-	-	-	-	-
autônomo	1,11	0,779	0,52 – 2,39	0,62	0,469	0,17 – 2,27
desempregado	0,44	0,111	0,16 – 1,20	0,12	0,031	0,02 – 0,82
estudante	0,46	0,502	0,05 – 4,42	4,09	0,404	0,15 – 112,46
aposentado	0,46	0,272	0,11 – 1,83	0,19	0,218	0,01 – 2,60
estado civil						
casado/união estável	-	-	-	-	-	-
solteiro	1,42	0,319	0,71 – 2,83	2,56	0,128	0,76 – 8,59
viúvo	1,74	0,377	0,51 – 5,99	1,78	0,604	0,20 – 15,74
escolaridade						
fundamental	0,77	0,549	0,32 – 1,82	1,08	0,929	0,19 – 6,15
Médio	0,67	0,419	0,25 – 1,76	1,22	0,830	0,20 – 7,58
superior	-	-	-	-	-	-
renda (sm)						
<1	0,84	0,715	0,34 – 2,09	1,35	0,750	0,21 – 8,48
1 a 2	1,16	0,765	0,43 – 3,17	1,14	0,902	0,13 – 10,15
3 ou mais	-	-	-	-	-	-
uso de álcool						
Nunca	-	-	-	-	-	-
1x/mês	0,76	0,490	0,36 – 1,64	0,59	0,414	0,17 – 2,07
2 ou mais/mês	0,77	0,583	0,33 – 1,85	0,45	0,233	0,12 – 1,67
Uso de drogas						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	0,47	0,352	0,10 – 2,78	0,37	0,226	0,07 – 1,86
tabagismo						
sim	1,80	0,179	0,76 – 4,24	1,38	0,633	0,36 – 5,26

não	-	-	-	-	-	-
mora com alguém?						
sim	-	-	-	-	-	-
não	1,13	0,805	0,43 – 2,99	1,08	0,919	0,21 – 5,50
Alguém sabe?						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	1,12	0,900	0,19 – 6,30	0,87	0,920	0,06 – 12,30
vem acompanhado?						
sim	-	-	-	-	-	-
não	0,37	0,005	0,19 – 0,75	0,303	0,063	0,08 – 1,06

*RP: Razão de Prevalências. **IC: Intervalo de Confiança. $p > 0,05$ para Qui-quadrado de Pearson;
 ***42 anos= idade média obtida na amostra. Caselas com traço (-): categoria de base.
 ****SM:Salário Mínimo no ano de 2014: R\$ 724,00 e no ano de 2015 R\$ 788,00.

Tabela V. Análise Ajustada e Não-Ajustada dos Fatores Clinicolaboratoriais que interferem na Adesão à TARV, medida de acordo com a Carga Viral Atual.

	NÃO AJUSTADA			AJUSTADA		
	RP	P valor	IC	RP	P valor	IC
esquema terapêutico						
2ITRN + 1 ITRNN*	-	-	-	-	-	-
2ITRN + 1IP*	1,47	0,274	0,73 – 2,97	4,85	0,057	0,96 - 24,74
outros	1,71	0,567	0,27 – 10,70	1,05	0,978	0,03 – 42,39
nº comprimidos/dia						
3	-	-	-	-	-	-
≥4	1,07	0,627	0,82 – 1,39	3,08	0,113	0,76 – 12,37
tempo de diagnóstico						
≤ 1ano	-	-	-	-	-	-
1 a 5 anos	0,51	0,111	0,22 – 1,16	0,42	0,409	0,03 – 5,32
>5 a <10anos	0,45	0,132	0,16 – 1,27	0,08	0,186	0,02 – 3,38
>10anos	0,30	0,012	0,12 – 0,77	0,07	0,129	0,01 - 4,24
tempo de tratamento						
≤ 1ano	-	-	-	-	-	-
1 a 5 anos	0,45	0,052	0,19 – 1,01	0,64	0,723	0,05 – 7,51
>5 a <10anos	0,52	0,238	0,17 – 1,53	5,70	0,363	0,13 – 241,90
≥10anos	0,38	0,022	0,13 – 0,85	102,24	0,144	0,20 – 50619,01
Intervalo diagnóstico-terapêutico						
≤10 meses	-	-	-	-	-	-
10 meses a 5 anos	0,79	0,635	0,31 – 2,04	1,67	0,563	0,29 – 9,43
≥5anos	0,40	0,262	0,08 – 1,94	11,02	0,290	0,13 – 936,60
uso de outras medicações						
Nenhuma	-	-	-	-	-	-
1	0,48	0,179	0,17 – 1,37	0,08	0,019	0,01 – 0,66
2 ou mais	1,54	0,284	0,69 – 3,42	1,05	0,941	0,27 – 4,02
efeitos colaterais						
Sim	0,70	0,317	0,35 – 1,40	3,01	0,987	0
Não	-	-	-	-	-	-
tipo de efeito colateral						
Geral	-	-	-	-	-	-
Neurológico	1,57	0,357	0,60 – 4,11	1,38	0,692	0,27 – 6,94
Gastrointestinal	0,88	0,830	0,29 – 2,73	0,22	0,207	0,02 – 2,31
Outros	1,35	0,672	0,34 – 5,34	0,28	0,338	0,02 – 3,74
troca de esquema?						
Sim	0,94	0,855	0,46 – 1,90	0,76	0,705	0,18 – 3,19
Não	-	-	-	-	-	-
carga viral inicial						
Indetectável	-	-	-	-	-	-
50 a 1000	3,93	0,040	1,06 – 14,5	42,82	0,003	3,48 – 526,90

1000 a 100.000	1,82	0,272	0,62 – 5,29	2,60	0,331	0,38 – 17,87
>100.000	3,95	0,024	1,19 – 13,06	9,56	0,026	1,32 – 2,00
CD4 atual****						
≥500	-	-	-	-	-	-
<500	0,78	0,465	0,41 - 1,50	0,54	0,359	0,14 – 2,01
CD4 inicial****						
≥342	-	-	-	-	-	-
<342	0,88	0,706	0,46 – 1,69	1,20	0,803	0,28 – 5,07
CD8 atual****						
≤986	-	-	-	-	-	-
>986	1,44	0,274	0,75 – 2,79	2,66	0,187	0,62 – 11,41
CD8 inicial****						
≤1013	-	-	-	-	-	-
>1013	1,12	0,739	0,58 – 2,15	0,84	0,779	0,25 – 2,85
CD4/CD8 atual****						
≤0,63	-	-	-	-	-	-
>0,63	1,07	0,836	0,55 – 2,07	3,08	0,152	0,66 – 14,37
CD4/CD8 inicial****						
≤0,43	-	-	-	-	-	-
>0,43	1,05	0,871	0,54 – 2,07	0,61	0,459	0,17 – 2,20

RP: Razão de Prevalências; **IC: Intervalo de Confiança;***P>0,05 para Qui-quadrado de Pearson; Caselas com traço (-): categoria de base;****ITRN: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídeo; *****ITRNN: Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleotídeo; *****IP: Inibidor de Protease. ***** Valores de CD4, CD8 e CD4/CD8 médios obtidos na amostra.

4 DISCUSSÃO

A taxa de adesão à TARV obtida neste estudo apresentou valores divergentes de acordo o método utilizado para classificar os pacientes quanto à adesão. Utilizando-se o QSAM, a taxa de adesão de 32,75% revelou-se semelhante aos 31,7% e 42,1%, mensurados por HOFER et al.²⁶ e GOMES et al.²⁷, respectivamente; porém baixa em comparação a alguns estudos realizados no Brasil, que demonstraram níveis de adesão entre 50% e 75%²⁸.

Por outro lado, ao utilizar-se da carga viral como critério para aferição da adesão, obteve-se uma taxa de 69,01% de pacientes aderentes, mais próxima, portanto, da maioria dos resultados publicados no País¹⁵.

Esta divergência de resultados encontrados pode ser atribuída ao caráter subjetivo do QSAM, um método de autorrelato de adesão, que, entretanto, ao contrário do encontrado neste estudo, tende a superestimá-la, tendo em vista o fenômeno da “desejabilidade social”²⁹.

Estes resultados mostram, ainda, que mesmo pacientes que se consideram não aderentes à medicação, não obtiveram falha virológica (carga viral detectável após seis meses de tratamento ou após período de carga indetectável), considerada pelo Ministério da Saúde³⁰ como principal parâmetro para definir falha à TARV. Além disso, pode-se inferir que outros fatores que podem levar à falha virológica não se mostraram prevalentes nessa população de pacientes, tais como causas farmacocinéticas e resistência virológica³¹.

Ao se avaliar os fatores que influenciaram na adesão à TARV de acordo com o QSAM, o uso de álcool uma vez ao mês esteve relacionado a 2,55 vezes maior probabilidade de não adesão, enquanto o uso de drogas aumentou em 2 vezes esta probabilidade. Estes dados mostram-se extremamente relevantes, uma vez que a frequência de etilismo abusivo entre pacientes com AIDS é de 41%, e seu uso comprovadamente aumenta a exposição a outros comportamentos de risco, como o uso de drogas.²⁸

Outro fator que demonstrou correlação com a não adesão foi o grande intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento encontrado entre alguns

pacientes, o que pode estar relacionado à tendência de um autocuidado mais precário entre os que iniciam o tratamento mais tardiamente, bem como, uma pior relação com os serviços de saúde ³².

Além disso, observou-se que a baixa escolaridade (pacientes com no máximo oito anos de estudo) relaciona-se expressivamente, aumentando a probabilidade em até 6 vezes ($p=0,048$) de não adesão à terapia. Este evento pode ser justificado, por exemplo, pelo menor entendimento por parte desse paciente a respeito do tratamento, dos medicamentos utilizados ³³, assim como está, em geral, relacionado ao baixo nível socioeconômico, dificultando o acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos ³⁴.

Os efeitos colaterais da medicação também se mostraram como aspecto negativo à adesão como já sugerem alguns dados literários. Destaque para as reações gastrointestinais e neurológicas que aumentam, respectivamente, em até 28 ($p = 0,01$) e 7 ($p = 0,029$) vezes a probabilidade de não adesão ao tratamento ³⁵. Há estudos, contudo, que revelam não haver relação entre efeitos colaterais e não adesão ³⁶.

À análise multivariada dos fatores que influenciam a adesão à TARV, aferida pelo critério virológico, o fato de estar desempregado configurou fator de proteção, diminuindo em 88% a chance de não adesão ($p=0,031$), o que pode ser explicado pelas mudanças que a terapia impõe no cotidiano dos pacientes, que configuram importantes obstáculos à adesão, em especial daqueles que apresentam rotinas rígidas de trabalho, o que os leva, às vezes, a ter de optar entre o vínculo empregatício e a adesão terapêutica ³⁷. Da mesma forma, a necessidade de fazer uso de outra medicação, além da TARV, esteve, neste estudo, associada a uma redução na probabilidade de não adesão ($p=0,019$), o que vai de encontro a outros estudos que apontam a redução do número de pílulas diárias como importante componente para o aumento da adesão ³⁸, mas que pode refletir maior cuidado geral em relação à saúde dos que se utilizam de drogas para outras patologias.

Silva et al.³⁹ demonstraram associação positiva entre tempo de diagnóstico do HIV entre 1 a 3 anos e baixa adesão à TARV. De maneira semelhante, neste

trabalho, os resultados encontrados refletem maior tempo de diagnóstico (maior ou igual a 10 anos) como fator protetor à adesão.

Dentre os critérios laboratoriais utilizados para correlacionar a adesão, ter carga viral baixa, porém detectável (50 – 1000 cópias) ou muito alta (>100.000 cópias) no início da terapia, estiveram associadas a um aumento de quase 4 vezes na probabilidade de não adesão. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de cargas virais maiores no início do tratamento estarem, possivelmente, relacionadas à contagem de linfócitos T CD4 baixa e presença de comorbidades ao diagnóstico, e vice-versa ¹⁵. Neste sentido, Colombrini, Lopes e Figueiredo⁴⁰ apontam que, se por um lado a ausência de sintomas leva a uma sensação de não necessidade de medicação, a exuberância sintomática, ao contrário, pode muitas vezes ser atribuída à própria TARV, culminando, ambos os casos, em baixa adesão terapêutica, portanto.

O presente estudo demonstrou que a avaliação da adesão à terapia antirretroviral no contexto da atenção em saúde oferecida às PVHA, configura-se processo tanto desafiador quanto necessário, tendo um caráter essencialmente multifatorial, uma vez que leva em conta fatores socioeconômicos, culturais, clínicos e psicossociais.

Os resultados apresentados permitem concluir que não há método completamente eficaz para estimar a adesão terapêutica. O uso do questionário simplificado de adesão à medicação (instrumento subjetivo, previamente validado para estimar a adesão) e do critério de falha virológica conduziram a resultados conflitantes, o que demonstra a presença de falhas inerentes a cada um.

Contudo, apesar das divergências e da complexidade de sua aplicação, a busca de métodos eficazes de avaliação da adesão terapêutica é um importante pilar no contexto do tratamento de doenças crônicas em geral, e deve envolver esforços dos diversos setores sociais na garantia de melhores condições de saúde à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Programa Nacional de DST/ Aids: Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância da Saúde; 2015.
2. BRASIL. Relatório de situação:Maranhão. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011.
3. Brito AM, Sousa SL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após a terapia antirretroviral no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006: p. 40 (supl.):18-22.
4. Coombs RB, Jensen P, Her MH, Ferguson BS, Barry JL, Wong JS, et al. Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of non-compliance and inappropriate use of medication in Canada. University of Toronto Press. 1995.
5. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva C. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015. jun: p. 31(6):1188-1198.
6. Nyambura A. Factors that influence adherence to ART among HIV/AIDS patients in central province, Kenya. 2009 Nov 24.
7. Hogg R, Heath K, Bangsberg D, Yip B, Press N, O'Shaughnessy M, et al. Intermittent use of triple-combination therapy is predictive of mortality at baseline and after 1 year of follow-up. AIDS. 2002 Maio 03: p. 16(7):1051-8.
8. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS; 2015.
9. Pereira LB, Albuquerque JR, Santos JM, Lima FLA, Saldanha AAW. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. R bras ci Saúde. 2012: p. 6(2):149-160, 2012.
10. Nogueira IA, Leão ABB, Bueno RR, Soares AQ, Carvalho RF. Estudo Da Dispensação De Medicamentos Antirretrovirais A Pacientes Infectados Por Hiv No Serviço De Farmácia Do Hc-Ufg: Primeiro Passo Na Implantação Da Atenção Farmacêutica. Rev Eletr de Farmácia. 2007: p. IV(1): 104-112.
11. Nemes M, Carvalho H, Souza M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. AIDS. 2004 Junho 18: p. Suppl 3:S15-20.
12. Gusmão JL, Mion Junior D. Adesão ao tratamento – conceitos. Rev Bras Hipertens. 2006: p. vol.13(1): 23-25.
13. BRASIL. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e

aids. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2008.

14. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. Psicologia: Reflexão e Crítica; 2005.
15. BRASIL. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: Coletânea de estudos do projeto ATAR. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2010.
16. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2012 JAN-MAR: p. v.3 n.1 37-41.
17. Saha R, Saha I, Sarkar A, Das D, Misra R, Bhattacharya K, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy in a tertiary care hospital in West Bengal, India. Singapore Med J. 2014 Fevereiro: p. 55(2):92-8.
18. Santos ÉI, Silva AL, Santana PPC, Teixeira PA. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2016: p. v7(1) p. 454-70.
19. De Paula CC, Padoin SMM, Brum CN, Silva CB, Albuquerque PVC, Budaduê RM. Cotidiano medicamentoso de adolescentes com HIV/AIDS. Rev. Eletr. Enf. 2013 out/dez: p. 15(4):1016-25.
20. Bonolo MF, Ceccato MDGB, Rocha GM, Acúrcio FA, Campos LN, Guimarães MDC. Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. Clinics. 2013 Maio: p. v. 68, n. 5, p. 612-620.
21. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/aids. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 out-dez: p. 16(4):261-278.
22. Ventura Â. Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção VIH/SIDA: Revisão de Artigos Publicados. Arq Med. 2006 fev; p. 20:(1-2): 37-49.
23. Mekuria LA, Prins JM, Yalew AW, Sprangers MA, Nieuwkerk PT. Which adherence measure - self-report, clinician recorded or pharmacy refill - is best able to predict detectable viral load in a public ART programme without routine plasma viral load monitoring? Trop Med Int Health. 2016 jul: p. 21(7):856-69.
24. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002 mar 8: p. 16(4):605-13.
25. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986: p. 24:67±74.
26. Hofer CB, Schechter M, Harrison LH. Effectiveness of antiretroviral therapy among patients who attend public HIV clinics in Rio de Janeiro, Brazil. J Acquir

- Immune Defic Syndr. 2004 agosto 1: p. 36(4):967-71.
27. Gomes RRFM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Avaliação dos registros de dispensação de antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009: p. 25(3); 495-506.
 28. Rego SRM, Rego DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão de literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2010: p. 59(1):70-3.
 29. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010: p. 15(Supl. 1):1201-1208.
 30. BRASIL. DST-AIDS-HEPATITES VIRAIS. [Online].; 2014 [cited 2016 08 12]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pcdt/8>.
 31. Daar es. UpToDate. [Online].; 2016 [cited 2016 setembro]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-treatment-experienced-patient-failing-hiv-therapy?source=search_result&search=ades%C3%A3o+%C3%A0+medica%C3%A7%C3%A3o+hiv&selectedTitle=15~150.
 32. Fernandes JRM, Acurcio FDA, Campos LN, Guimarães MDC. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saúde pública*. 2009 jun: p. 25(6):1369-1380.
 33. Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2009 mar./abr.: p. v. 42, n. 2, p. 131-136.
 34. Silva GAR. Association between antiretrovirals and thyroid diseases: a cross-sectional study. *Arch. Endocrinol. Metab*. 2015.
 35. Carvalho cvd, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2007 set-out: p. 40(5):555-565.
 36. Vielmo L, De Campos MMA, Beck TS, Andrade CS. Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. *Rev. Bras. Farm*. 2014: p. 95(2): 617-635.
 37. Dos Santos WJ, Drumond EF, Gomes DSA, Correa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Rev. bras. enferm*. 2011 nov./dec.: p. v. 64, n. 6, p. 1028-1037.
 38. Airoidi m, Zaccarelli Z, Bisi I, Bini t, Antinori a, Bai f, et al. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Preference and Adherence*. 2010 may 4: p. vol

(2010):4. pgs 115-125.

39. Silva MC, Ximenes RA, Miranda Filho DB, Arraed LW, Mendes M, Melo AC, et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Rev Inst Med Trop.* 2009 may-jun: p. 51(3):135-9.
40. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP.* 2006: p. 40(4):576-81.

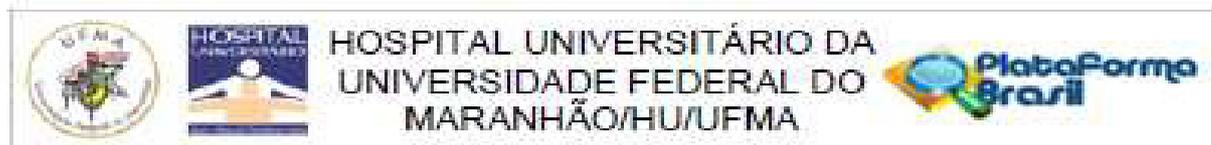
ANEXO I

Questionário Simplificado de Adesão à Medicação:

1. Você alguma vez se esqueceu de tomar sua medicação?	() Sim	() Não
2. Você se descuida do horário de tomar a medicação?	() Sim	() Não
3. Você alguma vez parou de tomar a medicação, quando sentiu-se pior?	() Sim	() Não
4. Na última semana, quantas vezes você não tomou a medicação?	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 a 10 vezes <input type="checkbox"/> > 10 vezes	
5. Você deixou de tomar a medicação durante o último fim de semana?	() Sim	() Não
6. Nos último 3 meses, quantos dias você passou sem tomar nenhuma medicação?		

ANEXO II

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) DE SÃO LUIS, MA.

Pesquisador: Ana Cristina Rodrigues Saldanha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32315814.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.561

Data da Relatoria: 14/08/2014

Apresentação do Projeto:

A prevalência de AIDS e os óbitos relacionados a esta doença atingem números consideráveis no Brasil. Especificamente no Maranhão, mais de 2.300 óbitos foram notificados até o ano de 2009. Mesmo com a estabilização da epidemia, tais números são ainda grandiosos, em grande parte, devido ao fenômeno da não adesão à Terapia Antirretroviral, que impede a obtenção de resposta virológica ideal e contribui para a ocorrência de resistência aos medicamentos e consequente falha terapêutica. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo primário avaliar a taxa de adesão à Terapia Antirretroviral em pacientes portadores de HIV/AIDS, atendidos no SAE do Hospital Getúlio Vargas, São Luis, MA. Trata-se de um estudo prospectivo e transversal para avaliar a adesão à terapia antirretroviral no serviço do Hospital Getúlio Vargas, em São Luis. A população de estudo será uma amostra estimada em 328 pacientes, atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), por médicos diferentes. Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, já em uso de qualquer esquema de terapia antirretroviral e que assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O cálculo amostral teve como base um número estimado de 2.200 pacientes atendidos no SAE, admitindo-se erro máximo desejado de 5% e nível de confiança de 95%. A coleta de dados ocorrerá inicialmente, através do preenchimento de fichas específicas contendo dados sócio-demográficos, clínicos e laboratoriais dos pacientes. Em seguida serão

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

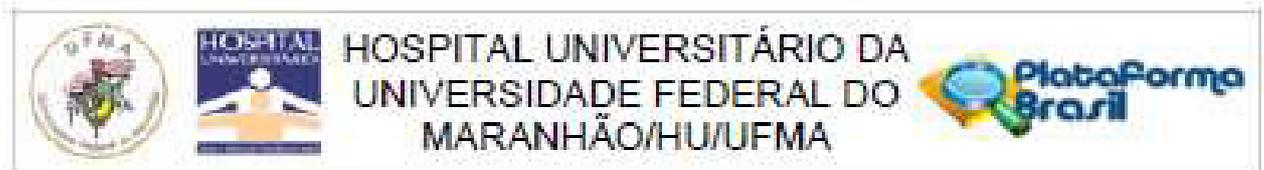
UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 751-561

realizadas entrevistas individuais, após cada consulta, com aplicação de questionário estruturado para avaliação da adesão do paciente ao tratamento. O questionário será aplicado sempre pelo mesmo entrevistador, que deverá ter sido treinado para este fim. Os dados coletados serão armazenados e analisados no programa STATA 10.0 e serão convertidos em planilhas do programa Microsoft Excel, para a confecção de gráficos e tabelas. Na análise dos dados quantitativos utilizar-se-ão medidas de tendência central, distribuição qui-quadrado e teste não paramétrico de Taylor. Os valores serão considerados estatisticamente significantes quando $p = 0,05$ / Intervalo de confiança de 95%. Financiamento Próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

- Avaliar a taxa de adesão à Terapia Antiretroviral em pacientes portadores de HIV/AIDS, atendidos no SAE do Hospital Getúlio Vargas, São Luís, MA.

Objetivo Secundário

- Determinar a taxa de adesão de pacientes em acompanhamento ambulatorial no HGV;
- Identificar fatores sócio-demográficos que possam estar correlacionados a adesão à terapia;
- Verificar a possível correlação entre os diferentes esquemas de terapia antiretroviral e a não adesão;
- Comparar métodos subjetivos de avaliação da adesão à contagem de CD4 e à Carga Viral do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que Toda pesquisa envolvendo seres humanos, prevê a possibilidade de danos de natureza física, psicológica, social ou econômica. O risco de ocorrência de danos de natureza física e psicológica está mais relacionado a estudos/pesquisas de natureza experimental, que não se aplica ao presente projeto, uma vez que o mesmo não envolve nenhuma intervenção/experimentação terapêutica, invasiva ou medicamentosa, apresentando cunho específico para levantamento de dados para mensuração qualitativa. Os dados serão coletados durante a rotina já estabelecida pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para acompanhamento sistemático do paciente, não sendo previsto nenhum procedimento adicional, além da aplicação do questionário. O questionário não irá conter quaisquer dados que possibilitem

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 751.981

Identificação do paciente: Desta forma, pretende-se reduzir riscos de natureza econômica ou de exposição/constrangimento indevido dos mesmos o que poderia se configurar em danos de natureza psicológica, social ou econômica. Considerando o acima exposto, o pesquisador informa que este estudo pode ser classificado como de baixo risco de ocorrência de danos aos seus participantes. Quanto aos benefícios o pesquisador informa que os considera benefícios ao coletivo, os dados obtidos neste estudo permitirão que se mensure a taxa de adesão à terapia antirretroviral e os possíveis fatores associados à não adesão, possibilitando que intervenções mais efetivas sejam propostas no intuito de interferir nestes fatores, ampliando a adesão aos tratamento, gerando assim, melhor resposta terapêutica, menor chance de desenvolvimento de resistência viral e menor morbimortalidade a estes pacientes. De forma direta e individual, após a aplicação do questionário serão fornecidos esclarecimentos que permitam ao paciente a compreensão da importância da sua adesão ao tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância, pois contribuirá para o melhor conhecimento sobre o contexto da não adesão à terapia antirretroviral no Brasil, através da compressão das dificuldades e vulnerabilidades tanto das pessoas convivendo com HIV/AIDS, como do sistema de saúde, para que possam, então, ser adotadas novas políticas e práticas que melhorem a adesão aos ARV e, conseqüentemente, a qualidade de vida desta parcela da população. No âmbito regional, a inexistência de estudos que avallam tal contexto associado ao número expressivo de pacientes com AIDS no Estado, tornam ainda mais relevante a necessidade realização deste trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/2012 em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": folha de rosto projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), orçamento e currículo do pesquisador responsável e demais pesquisadores.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cecp@huufma.br



Continuação do Parecer: 751/501

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12). Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HU/UFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão do Itapery nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de São Luis-MA.**, que tem o objetivo principal avaliar a taxa de adesão à Terapia Antirretroviral em pacientes portadores de HIV/aids, atendidos no SAE do Hospital Getúlio Vargas em São Luis do Maranhão.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer os fatores que interferem de maneira positiva ou negativa na adesão à terapia antirretroviral, garantindo, assim, subsídios para a adoção de medidas que possibilitem melhorias ao tratamento de pessoas com HIV/AIDS, bem como de sua qualidade de vida.

Você será solicitado a dar informações sobre dados pessoais além de informações específicas relativas ao tratamento antirretroviral e níveis de CD4 e Carga Viral sanguíneos. Você responderá a perguntas contidas em dois questionários, sendo um deles o, já validado, Questionário Simplificado de Adesão à Medicação, que contém perguntas sobre os seus hábitos em relação ao tratamento antirretroviral; e o outro, o Questionário Sócio demográfico, que contém perguntas sobre a sua identificação, escolaridade, renda, hábitos de vida, rede de apoio, medicamentos em uso e exames laboratoriais.

Você **não** é obrigado a participar desta pesquisa e, caso você decida participar, você receberá uma cópia deste termo de consentimento assinada pelo pesquisador responsável, além de poder desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A não aceitação à participação não acarretará prejuízos ao seu tratamento.

Este documento consiste em duas vias, as quais deverão ser assinadas e rubricadas em todas as folhas pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa.

Você não será submetido a nenhum tipo de intervenção ou experimentação terapêutica invasiva ou medicamentosa, e todos os dados coletados terão caráter

estritamente sigiloso, evitando-se assim riscos de natureza física, econômica e psicológica. Caso o fornecimento das informações solicitadas represente um desconforto, você poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento de sua execução. Os benefícios esperados incluem o melhor conhecimento dos fatores que interferem na adesão ao tratamento e a possível adoção de intervenções nos mesmos. De maneira individual, serão fornecidos esclarecimentos a cada paciente acerca da importância de sua adesão terapêutica.

Você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Também não terá nenhuma despesa.

As informações dadas ao projeto serão sigilosas, evitando-se assim qualquer desconforto.

Você não será exposto a situações de vexame e terá toda a liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento, bem como retirar seu consentimento, sem penalidades ou prejuízos.

Em caso de reclamação ou se você se sentir prejudicado, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA através do telefone 2109 1250 ou pode dirigir-se ao endereço do Comitê: R. Barão de Itapary, 227 Centro.

Dados dos Pesquisadores:

Alexandre Nogueira Facundo. End: Av São Marcos Ed. Terrazzo Atlantico Ponta d'Areia, São Luis-MA. Contato: (98) 91887391/ alexandrenfacundo@hotmail.com

Ana Cristina Rodrigues Saldanha. End.: Rua Deputado Raimundo Leal, 54. Jardim Eldorado. Contato: (98) 32486547/ ana.saldanha67@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA:

Endereço: R. Barão de Itapary, 227 Centro.

Declaro que, além de ler, recebi uma cópia desse documento e concordo em participar desse projeto como voluntário da pesquisa, o que fica confirmado pela minha assinatura abaixo.

APÊNCIDE II

Questionário Sociodemográfico:

1. Identificação

Data: ___/___/___

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ___/___/___

Gênero: () Masculino () Feminino

Cor: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Tempo de diagnóstico: _____ anos

2. Escolaridade:

() Fundamental Incompleto

() Fundamental Completo

() Médio Incompleto

() Médio Completo

() Superior Incompleto

() Superior Completo

3. Renda:

() < 1 SM () 1 – 2 SM () 3 – 4 SM () ≥ 5 SM

4. Hábitos de Vida

Frequência do uso de álcool:

() Nunca

() 2 a 3 por semana

() 1 por mês ou menos

() 4 ou mais por semana

() 2 a 4 vezes por mês

Quantidade de álcool:

- () 1 a 2 doses () 7 a 9 doses
 () 3 ou 4 doses () 10 ou mais doses
 () 5 ou 6 doses

Fuma?

- () Sim () Não

Faz uso de outra droga?

- () Sim () Não. Se sim, qual ? _____

5. Rede de Apoio:

Reside _____ com:

Quem _____ sabe _____ do _____ tratamento?

Vem acompanhado? () Sim () Não. Se _____ sim,
 quem? _____

6. Medicamentos:

Quais antirretrovirais toma? _____

Número de comprimidos/dia _____

Faz uso de outra medicação?

- () Sim () Não. Qual? _____

Apresentou efeitos adversos?

- () Sim () Não. Qual? _____

Necessitou trocar de esquema?

- () Sim () Não. Qual? _____

Por que? _____

7. Exames Laboratoriais:

Carga Viral: _____

LT CD4+: _____

APÊNDICE III

NORMAS EDITORIAIS REVISTA DE PESQUISA EM SAÚDE

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*:

a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*.

b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.

c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de

revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua

primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Abstract e Keywords; 4) Texto; 5) Referências; 6) Email, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group (www.icmje.org), e do International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor (es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chave: e seus respectivos Keywords devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al." Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br ou por via deste Portal.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. Ann Surg, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (Itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (Itálico)[Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói (RJ):Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. Emerg Infect diseases [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título[tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor (es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo(itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw ou Illustrator em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre

tabelas e figuras para artigos originais e 3(três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto.

Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.