



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE – FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

DALVA FRANCÊS COSTA

**SÍNDROME LIPODISTRÓFICA DO HIV EM PACIENTES DA URE
DIPE EM BELÉM DO PARÁ**

**BELÉM
2014**

DALVA FRANCÊS COSTA

**SÍNDROME LIPODISTRÓFICA DO HIV EM PACIENTES DA URE
DIPE EM BELÉM DO PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. João Farias Guerreiro

Co-orientador: Prof. Dr. José Ricardo dos Santos Vieira

**BELÉM
2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central/UFPA

Costa, Dalva Francês

Síndrome lipodistrófica do HIV em pacientes da Ure Dipe em Belém do Pará /
Dalva Francês Costa; orientador, João Farias Guerreiro – Belém, 2014

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Universidade Federal
do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane,
Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia. Belém, 2014.

1. HIV/aids. 2. Lipodistrofia. 3. Antirretrovirais I. Guerreiro, João Farias
orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 616.9792

DALVA FRANCÊS COSTA

**SÍNDROME LIPODISTRÓFICA DO HIV EM PACIENTES DA URE
DIPE EM BELÉM DO PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. João Guerreiro
Instituto de Ciências Biológicas, UFPA

Banca Examinadora: Profa. Dra. Ana Sofia Resque Gonçalves
Instituto de Ciências da Saúde, UFPA

Profa. Dra. Rita de Cássia Mousinho Ribeiro
Instituto de Ciências Biológicas, UFPA

Profa. Dra. Greice Lemos de Carvalho
Instituto de Ciências Biológicas, UFPA

Prof. Dr. Luiz Carlos Santana da Silva
Instituto de Ciências Biológicas, UFPA
(Suplente)

A educação é a arma mais poderosa que podemos usar para mudar o mundo.

Nelson Mandela

À minha amada mãe Antônia pelo amor e dedicação. Ao meu amado pai Emílio (*in memoriam*). Amor eterno.

Às minhas queridas filhas Thatianny e Charlinny. Meus amores.

Aos meus netos Leonardo e Ana Sofia, minha razão de viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me ter dado a vida, por ser o meu socorro, refúgio e fortaleza sempre e por mais esta vitória: Glórias a Deus!

Aos meus pais: amo vocês por terem me ensinado a ser uma pessoa íntegra e a lutar pelos meus ideais.

Ao Sérgio Pery, meu esposo e amigo, pelo apoio em todos os momentos.

Às minhas filhas Thatianny e Charlinny, ao meu príncipe Leonardo e à princesinha Ana Sofia: por tudo e, principalmente, pelo seu amor.

Aos meus queridos irmãos e irmãs. Em especial: à Ruth, à Elza e ao Renato, o filho que não tive, por estarem sempre presentes, dando-me força, carinho, apoio e ajuda em todos os momentos da minha vida. Amo vocês.

À Universidade Federal do Pará, duplamente (como servidora e como discente), por ter proporcionado este mestrado aos seus servidores.

Aos professores do curso pelo empenho e dedicação.

Ao professor doutor José Ricardo dos Santos Vieira, meu co-orientador, pelo apoio, dedicação, disponibilidade sempre, pelos preciosos conhecimentos repassados e grandiosa contribuição nesta pesquisa. Pela enorme paciência, enfim... por tudo!!

Ao professor doutor João Guerreiro, meu orientador, por exercer com competência a nobre arte de educar.

À professora doutora Ana Sofia Resque Gonçalves, pela colaboração, competência, profissionalismo e disponibilidade; por dividir e compartilhar saberes que foram essenciais para a elaboração deste estudo.

À Secretaria Executiva de Saúde Pública, ao 1º Centro Regional de Saúde e, em especial, à direção da URE DIPE, que me proporcionaram o local para realizar parte desta pesquisa.

Aos pacientes, que apesar de todas as adversidades vividas, demonstraram interesse em colaborar com este estudo e, principalmente, por acreditarem na seriedade e idoneidade desta experiência acadêmico-científica.

Finalmente, a todos que colaboraram direta ou indiretamente com este estudo.

RESUMO

A aids é uma das mais importantes pandemias já existentes, representando atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública mundial. O Brasil adota o acesso universal à terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) desde 1996, trazendo grandes benefícios para as pessoas vivendo com HIV/aids, tendo a lipodistrofia como um dos seus principais efeitos colaterais; a qual, em virtude das alterações corporais que provoca, afeta a autoimagem do usuário, influenciando no processo de adesão terapêutica. O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil de adesão e verificar a prevalência de abandono da terapia antirretroviral (TARV) em pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de lipodistrofia, independente do momento do tratamento, na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias (URE DIPE) em Belém do Pará, durante o ano de 2013, a fim de contribuir com ações educativas de sensibilização para a adesão à terapia. Foi desenvolvido um estudo do tipo observacional, descritivo, transversal, não controlado, vinculado a uma abordagem quanti-qualitativa. Os 124 participantes da pesquisa foram submetidos a entrevistas, a partir de perguntas contidas em formulário padronizado. Os resultados apontam que a maioria dos pacientes era do gênero masculino, solteiro, com ensino fundamental incompleto e renda mensal de até um salário-mínimo. As variáveis significantes ($p < 0,05$) foram: dificuldades de entender o esquema terapêutico; presença de diabetes mellitus; interferência da lipodistrofia na adesão ao tratamento com antirretrovirais (ARV) e conhecimento sobre a importância da adesão aos antirretrovirais para o tratamento e evolução clínica. O perfil de adesão delineado nas análises não é suficiente para discriminar e caracterizar os indivíduos da população pesquisada, pois apenas um percentual pequeno de cada grupo tem características bem definidas da sua categoria. Cada grupo estudado apresentou características marcantes existentes nos demais grupos, havendo a possibilidade de indivíduos migrarem de um grupo para outro a qualquer momento.

Palavras-chave: HIV/aids. Lipodistrofia. Adesão. Antirretrovirais.

ABSTRACT

Aids is one of the most important pandemy nowadays, and one of the most serious public health problems worldwide. Brazil has established a policy of an universal access to highly active antirretroviral therapy since 1996, with great benefits to people living with HIV/aids, but with lipodystrophias main side effect which influencing the adherence process, because body changes affecting self-image. The aim of this study was to describe the profile of adherence to treatment and determine the prevalence of abandonment of antiretroviral therapy in patients with diagnosis or clinical signs of lipodystrophy, regardless of the time of treatment, in the Specialized Unit Reference Infectious and Parasitic Diseases (URE DIPE) in Belém do Pará, during the year 2013 in order to contribute to educational initiatives to raise awareness of adherence to therapy. An observational, descriptive, cross-sectional, uncontrolled, linked to a quantitative and qualitative study was carried out, analysing 124 patients about questions contained in a standard form. In this study it was observed that the majority of patients was male, single, with incomplete primary education and monthly income up to a minimum wage. The significant variables ($p < 0.05$) were: difficulties in understanding therapeutic scheme; presence of diabetes mellitus; interference of lipodystrophy in antiretroviral treatment adherence and knowledge about the importance of adherence to antiretrovirals for treatment and clinical outcome. We conclude that the characteristics outlined in the analyzes are not sufficient to discriminate individuals in the analyzed population in groups that have adherence or not to treatment and only a small percentage of each group has well-defined characteristics of your group. The other groups have strong characteristics in relation to the group of regular adherence to treatment, with the possibility of individuals migrate from one group to another at any time.

Keywords: HIV/aids. Lipodystrophy. Adhesion. Anti-retroviral drugs.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Estrutura morfológica do HIV.....	18
Figura 2 – Invasão celular na infecção pelo HIV. 1) O HIV adere e penetra em uma célula nela; 2) O RNA do HIV é libertado dentro da célula e converte-se em DNA pela ação da transcriptase reversa; 3) O DNA viral entra no núcleo da célula; 4) Com o auxílio de um enzima chamado integrase, o DNA viral funde-se ao da célula; 5) O DNA replica-se e reproduz RNA e proteínas; 6) Forma-se um novo HIV; 7) O HIV escapa através da membrana da célula, envolvendo-se num fragmento da mesma (invólucro); 8) O HIV torna-se infeccioso por ação da protease do HIV que corta proteínas estruturais dentro do HIV imaturo.....	19
Figura 3 – Taxa de incidência dos casos de aids (1 por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008.....	20
Figura 4 – Relação entre gênero e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	43
Figura 5 – Relação entre estado civil e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	44
Figura 6 – Relação entre localidade da moradia e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	45
Figura 7 – Relação entre renda familiar e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	46
Figura 8 – Relação entre escolaridade e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	46
Figura 9 – Relação entre hábito de beber e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	47
Figura 10 – Relação entre hábito de fumar e abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	48
Figura 11 – Relação do tempo máximo da suspensão da TARV e a dificuldade em entender o esquema terapêutico.....	52
Figura 12 – Relação entre o tempo máximo de suspensão da TARV e a presença de diabetes mellitus.....	53
Figura 13 – Relação entre prática de atividades físicas e categorias de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	54

Figura 14 –	Relação entre a variável comparecer às consultas com nutricionista e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	56
Figura 15 –	Relação entre obediência correta das orientações alimentares e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	56
Figura 16 –	Relação entre saber o que é lipodistrofia e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	57
Figura 17 –	Relação entre interferência da lipodistrofia na adesão ao tratamento e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	59
Figura 18 –	Relação entre conhecer a importância da adesão ao tratamento e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	61
Figura 19 –	Relação entre saber o que significa “Grupo de adesão” e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	62
Figura 20 –	Relação entre participar de reuniões do “Grupo de adesão” e tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	63
Figura 21 –	Mapa Territorial.....	66

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Página

Tabela 1 –	Comparação de resultados reagentes entre os anos de 2011 e 2012.....	21
Quadro 1 –	Fatores de risco relacionados à SLHIV.....	27
Tabela 2 –	Distribuição dos dados epidemiológicos de 124 pacientes portadores de HIV-aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, da URE DIPE no Estado do Pará. 40	
Tabela 3 –	Frequência do uso de bebida alcoólica e tabagismo entre os 124 pacientes portadores de HIV-aids da URE DIPE no Estado do Pará.....	41
Tabela 4 –	Distribuição percentual quanto à suspensão da TARV.....	41
Tabela 5 –	Distribuição percentual quanto à suspensão da TARV por iniciativa própria..	42
Quadro 2 –	Relação entre motivo principal de abandono ou adesão irregular e tempo máximo de suspensão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	43
Tabela 6 –	Distribuição em grupos dos 124 pacientes portadores de HIV-aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, da URE DIPE no estado do Pará.....	49
Quadro 3 –	Análise de variância das respostas ao questionário em relação aos grupos de suspensão do tratamento em grupos (Teste de Kruskal-Wallis).....	49
Tabela 7 –	Distribuição de frequência das variáveis com resultados estatísticos significativos ($p < 0,005$) para a adesão à TARV, por grupos, a partir da Análise de Variância (Teste de Kruskal-Wallis).....	51
Tabela 8 –	Distribuição percentual quanto à dificuldade de entender o esquema terapêutico, horários ou doses da TARV.....	52
Quadro 4 –	Relação entre as respostas “por que não comparece à consulta com a nutricionista?” e às categorias de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	55
Quadro 5 –	Fonte da informação sobre lipodistrofia em relação à adesão ou abandono à TARV, em pacientes de HIV/aids com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	58
Quadro 6 –	Relação entre Interferência das alterações provocadas pela lipodistrofia nas atividades da vida diária e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	58
Quadro 7 –	Relação entre Se sim, de que forma interfere e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	60
Quadro 8 –	Relação entre Se sim, cite os benefícios e Tempo máximo de suspensão, da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.....	61

- Quadro 9** – Relação entre “Principal motivo das ausências nas reuniões do Grupo de Adesão” e Tempo máximo de suspensão, referente aos pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013... 64
- Quadro 10** – Relação entre “O que você espera da equipe que compõe” o Grupo de Adesão e Tempo máximo de suspensão, referente aos pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013... 65
- Tabela 9** – Resultados Análise Discriminante tendo como variável resposta “Tempo máximo de suspensão” e como variáveis preditoras o perfil socioeconômico..... 66
- Quadro 11** – Estudo comparativo entre cada variável do grupo de adesão regular em relação aos grupos de abandono notificado, abandono não notificado e adesão irregular... 67

LISTAS DE ABREVIATURAS

AI	=	adesão irregular
Aids	=	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i> (síndrome da imunodeficiência adquirida)
AN	=	abandono notificado
ANN	=	abandono não notificado
AR	=	adesão regular
ARV	=	antirretrovirais
FDA	=	<i>Foodand Drug Administration</i> (Agência Federal Norte Americana de controle de alimentos)
GA	=	Grupo de adesão
HAART	=	<i>Highly active antirretroviral therapy</i> (terapia antirretroviral altamente ativa)
HIV	=	<i>Human immuno deficiency virus</i> (vírus da imunodeficiência humana)
MMAS	=	<i>Morisky Adherence Scale</i> (escala de aderência de Morisky)
NT/MS	=	Nota técnica do Ministério da Saúde
PMMA	=	Preenchimento facial com polimetilmetacrilato
PVHA	=	Pessoas Vivendo com HIV/aids
r	=	Razão
SAE	=	Serviço de Assistência Especializada
SESPA	=	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SINAN	=	Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SLHIV	=	Síndrome Lipodistrófica do HIV
SVS/MS	=	Sistema de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
TARV	=	Terapia antirretroviral
TCLE	=	Termo de consentimento livre e esclarecido
UAT/DST	=	Unidade de assistência e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis
UNAIDS	=	Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
URE DIPE	=	Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias
WHO/OMS	=	<i>World Health Organization/</i> Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
LISTA DE FIGURAS.....	09
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral	16
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 PERSPECTIVAS DO ESTUDO.....	17
2 LITERATURA SOBRE O ESTUDO	17
2.1 BIOLOGIA DO VÍRUS HIV.....	17
2.2 AIDS NO BRASIL.....	19
2.2.1 A reversão do gênero prevalente na infecção por HIV e idade dos infectados..	21
2.2.2 Prevenção e mortalidade do HIV.....	22
2.3 TRATAMENTO DO HIV.....	23
2.3.1Terapia antirretroviral (TARV).....	23
2.4 SÍNDROME LIPODISTRÓFICA DO HIV (SLHIV).....	25
2.5 SÍNDROME METABÓLICA RELACIONADA À SLHIV.....	28
2.6 TRATAMENTO DA SLHIV.....	29
2.6.1 Tratamento clínico.....	29
2.6.2 Tratamento cirúrgico.....	30
2.7 SLHIV E ADESÃO À TARV.....	31
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	35
3.1 Modelo do estudo.....	35
3.2 Local do estudo.....	36
3.3 População em estudo.....	36
3.4 Seleção da amostra.....	36
3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
3.5 Coleta de dados.....	37
3.5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	37
3.5.2 REVISÃO DE LIVROS DE REGISTRO.....	37
3.5.3 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	37
3.6 Análise dos dados.....	38
3.7 Aspectos éticos.....	38
4 RESULTADOS.....	40
4.1 Caracterização da população em relação ao abandono e adesão à TARV...	40
4.2 Análise do perfil de abandono à TARV.....	48
4.3 Relação entre a prática de exercícios físicos e a orientação dietética com perfil de adesão ou abandono à TARV.....	53
4.4 A relação entre a SLHIV e a adesão à TARV.....	57
5 DISCUSSÃO.....	69
6 CONCLUSÕES.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS.....	88
APÊNDICES.....	94

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1980, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem se espalhado por todo o mundo causando uma das mais importantes pandemias já existentes, representando atualmente um dos mais graves problemas de saúde pública mundial. De acordo com dados da UNAIDS (WHO, 2012), dados referentes a 2011, no mundo todo existem 34 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo 30,7 milhões adultos (16,7 milhões de mulheres e 14,0 milhões de homens) e 3,3 milhões crianças (< 15 anos), com evidente feminização da distribuição epidemiológica, invertendo a situação de décadas passadas (BRASIL, 2012).

Foram registrados 1,7 milhões de óbitos relacionados à aids; sendo 1,5 milhões de adultos e 230 mil crianças. A prevalência em adultos foi de 0,8% e nas pessoas jovens, entre 15 e 24 anos, atingiu também 0,8%. Nessa faixa etária, os homens representaram 0,3% e as mulheres 0,5% (UNAIDS/WHO, 2012).

Atualmente, 8 milhões de pessoas recebem tratamento com a Terapia Antirretroviral de Alta Potência (*Highly active antiretroviral therapy* = HAART) em todo o mundo. O relatório da UNAIDS (WHO, 2012) afirma ainda que ocorreram mais de 7.000 novas infecções a cada dia em 2011, com cerca de 97% dos casos em países de renda baixa e média; cerca de 900 são crianças com menos de 15 anos; e cerca de 6.000 novos infectados pelo HIV são adultos com mais de 15 anos, dos quais 47% desses são mulheres e cerca de 39% são jovens, entre 15 e 24 anos.

Diante de um cenário epidemiológico tão expressivo, o Ministério da Saúde (MS) percebeu a necessidade de desenvolver uma estratégia permanente de acompanhamento, com a finalidade de melhorar os níveis de adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e, em 2008, estabeleceu a obrigatoriedade da criação de Grupos de Adesão nas unidades que assistem pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA).

Os chamados Grupos de Adesão são constituídos por profissionais da equipe multidisciplinar da Unidade, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. O grupo realiza reuniões mensais, onde os pacientes participam de forma livre e espontânea, conduzidas pelos profissionais citados, nos quais o tema adesão ao tratamento é abordado; assim como, outros temas de interesse. A participação dos usuários do serviço deve ser estimulada; pois, se trata de uma ação importante para a adesão ao tratamento; assim como, para a interação com a equipe e com outros usuários, oportunizando as trocas de experiências entre os mesmos. È um

processo que necessita de aprimoramento constante, particularmente, com a incorporação de técnicas de condução, conteúdos e dinâmicas na sua realização (BRASIL, 2008C).

O acolhimento ao paciente possibilita a criação de vínculo com os profissionais e com o serviço de saúde, facilitando a compreensão e o atendimento das demandas do usuário, dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade; fortalecendo o processo de inclusão do usuário no serviço e na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades – percebidas ou não – do paciente (SILVA, 2009).

1.1 JUSTIFICATIVA

Desenvolver pesquisas em torno do perfil de adesão e do abandono à TARV de pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV é fundamental; uma vez que a presença de alterações corporais provocadas pela terapia medicamentosa, causam desconforto, afetam o convívio social em decorrência das mudanças físicas e podem interferir no processo de adesão ao tratamento do HIV/aids, com conseqüente abandono, em algum momento do tratamento e culminar com a mudança do regime terapêutico, trazendo sérios prejuízos à saúde e à qualidade de vida das pessoas com HIV/aids.

Os estudos sobre o abandono da terapia e suas causas na SLHIV ainda são escassos, apesar da importância clínico-epidemiológica e do impacto na saúde pública; tanto que, não existem dados estatísticos oficiais relacionados à adesão aos ARV na SLHIV, conforme informação recebida por e-mail do próprio Ministério da Saúde do Brasil; assim como, não foram encontradas literaturas publicadas sobre o assunto em questão.

Esta lacuna no controle do tratamento das PVHIV se configura como uma urgência e um grave problema para a saúde pública.

Nemes *et al.* (2009) afirmam que:

Não sabemos a prevalência atual da adesão. O último estudo de abrangência nacional foi o que realizamos em 2002. Também a influência na adesão de fatores emergentes, como a lipodistrofia, ainda pouco abordada no Brasil necessita de mais investigação (NEMES *et al.*, 2009, p.210).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Descrever o perfil de adesão e verificar a prevalência de abandono da TARV em pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV, independente do momento do

tratamento, na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias (URE DIPE) em Belém do Pará.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar as causas/fatores preditores de adesão à TARV em pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV na URE DIPE em Belém do Pará;
- Verificar a prevalência de abandono da TARV, independente do momento do tratamento, em pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV na URE DIPE em Belém do Pará.

1.3 PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Identificar estratégias de ação educativa e de sensibilização que possam contribuir para uma melhor adesão à terapia antirretroviral dos pacientes com diagnóstico e/ou sinais clínicos da SLHIV.

2. LITERATURA SOBRE O ESTUDO

2.1 BIOLOGIA DO VÍRUS HIV

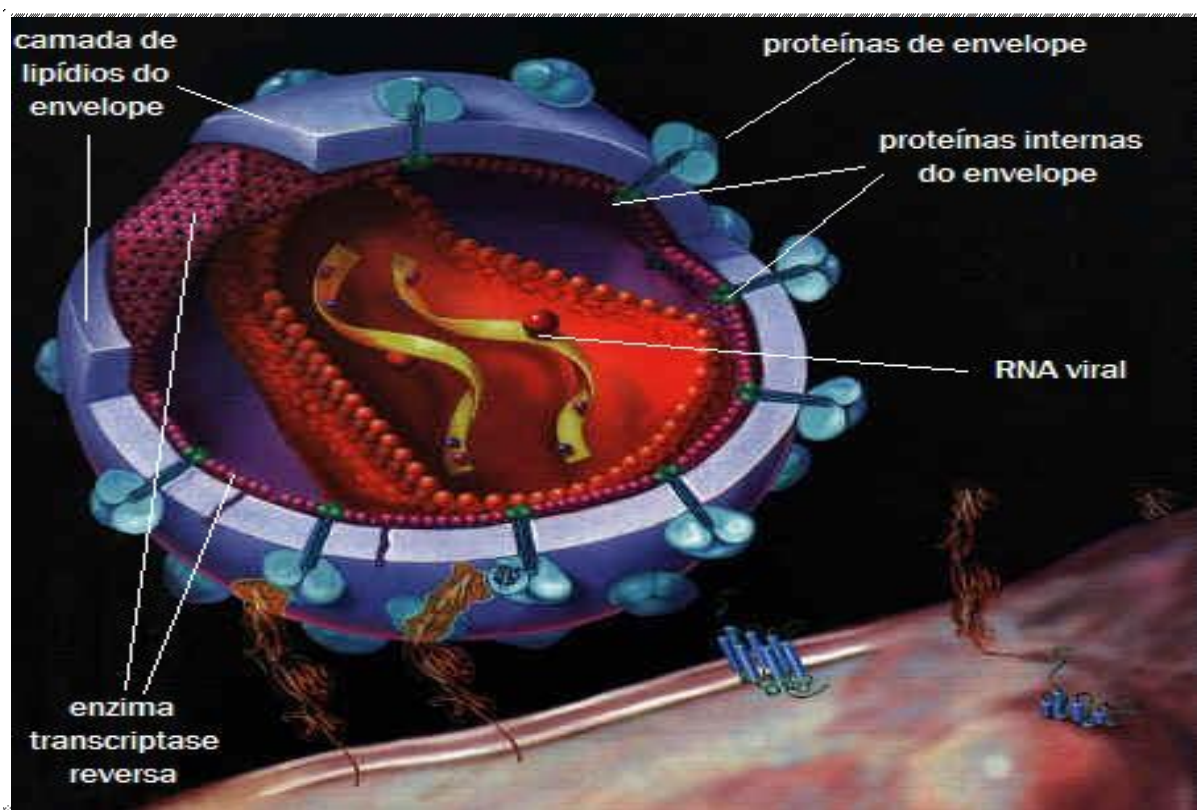
O HIV é um lentivírus, uma classe de retrovírus da família Retroviridae, que provoca supressão do sistema imune do hospedeiro e possui a capacidade de copiar seu próprio genoma, integrando-se ao genoma da célula hospedeira. Existem dois tipos de HIV: HIV-1 e HIV-2, que causam doença clinicamente semelhante, diferindo no tempo para o início da doença, que é maior para o HIV-2, ressaltando que a epidemia mundial de HIV/aids é causada pelo HIV-1, enquanto o HIV-2 é restrito principalmente à África Ocidental (HUNT, 2010).

A Figura 1 apresenta a estrutura morfológica do HIV, mostrando a camada lipídica e proteica do envelope viral, a transcriptase reversa e o RNA viral da região interna do envelope.

Os alvos primários do HIV são os linfócitos auxiliares TCD4 +, mas o vírus também pode infectar vários outros tipos de células, incluindo macrófagos. É a perda de linfócitos auxiliares T4 que conduz à imunossupressão no paciente, e às consequentes infecções oportunistas fatais. Os linfócitos T defendem o organismo, principalmente, contra microrganismos intracelulares como os vírus, para os quais a resposta humoral, mediada por anticorpos, somente é eficaz no início da infecção viral; uma vez que, após a penetração

celular, apenas mecanismos imunes celulares poderão neutralizar o processo (VERONESI, 2010; VAJPAYEE *et al.*, 2013).

O processo de replicação do HIV é altamente dinâmico e contínuo e ocorre principalmente nos órgãos linfoides, onde é possível detectar a presença do vírus numa proporção cem vezes maior que no sangue (VAJPAYEE *et al.*, 2013).

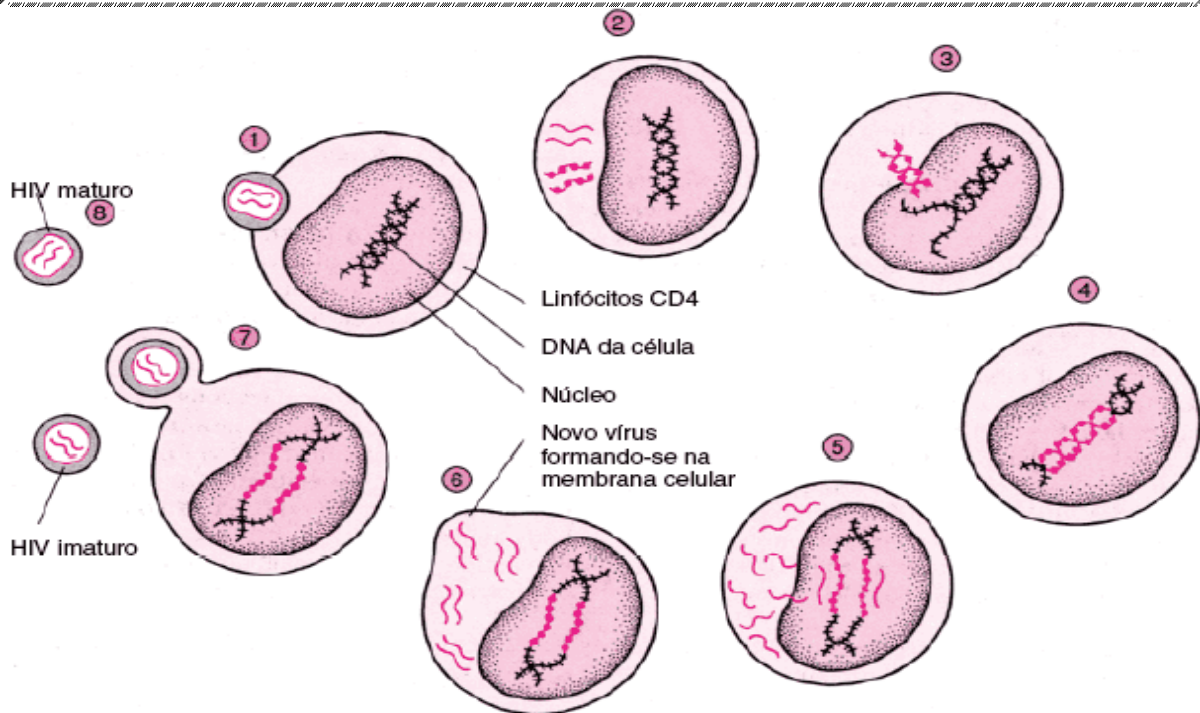


Fonte: Portal do Professor/MEC, 2009.

Figura 1 – Estrutura Morfológica do HIV.

A infecção pelo HIV inicia-se com a penetração do vírus no organismo humano e imediata invasão celular, preferencialmente em linfócitos T CD4+, componente do sistema imunológico do homem, afetando o seu sistema de defesa contra as infecções, provocando impacto social, econômico e psicológico sobre a qualidade de vida da população (VERONESI, 2010).

A aids é o estágio final da infecção pelo HIV e a principal característica desta infecção é a imunossupressão progressiva, a qual predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de doenças oportunistas, as quais se não receberem o tratamento adequado, podem levá-lo a desfechos clínicos bastante sombrios (LINDOSO, 2008). Na Figura 2 estão apresentados os passos do processo de invasão celular pelo HIV.



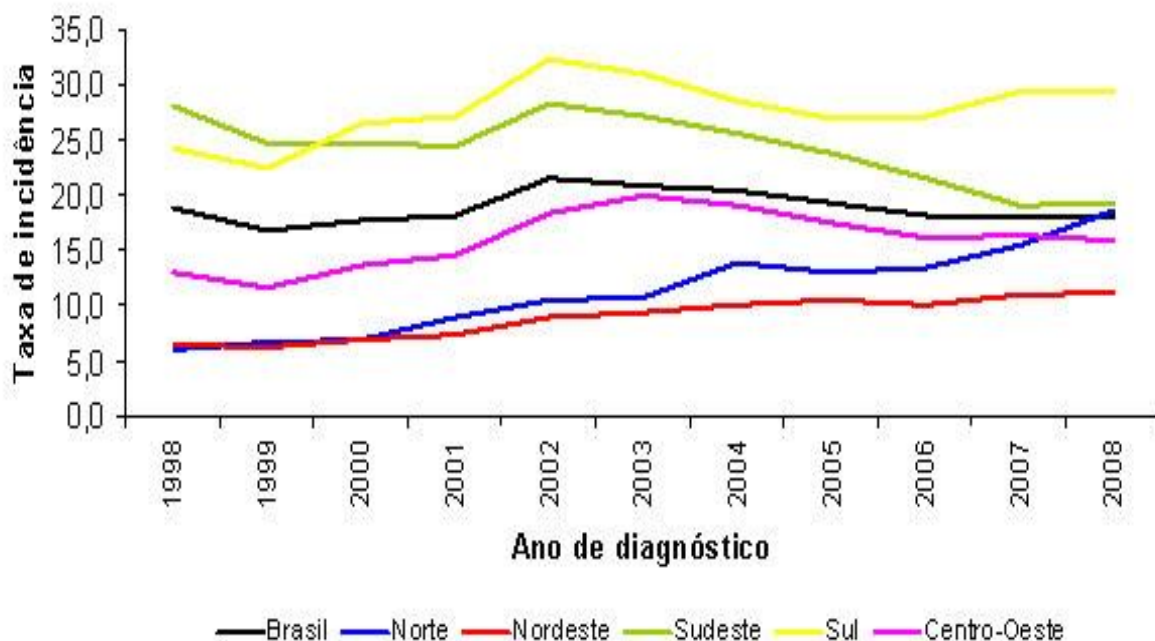
Fonte: MSD online (2014).

Figura 2 – Invasão celular na infecção pelo HIV. 1) O HIV adere e penetra em uma célula; 2) O RNA do HIV é libertado dentro da célula e converte-se em DNA pela ação da transcriptase reversa; 3) O DNA viral entra no núcleo da célula; 4) Com o auxílio de um enzima chamado integrase, o DNA viral funde-se ao da célula; 5) O DNA replica-se e reproduz RNA e proteínas; 6) Forma-se um novo HIV; 7) O HIV escapa através da membrana da célula, envolvendo-se num fragmento da mesma (invólucro); 8) O HIV torna-se infeccioso por ação da protease do HIV que corta proteínas estruturais dentro do HIV imaturo.

2.2 AIDS NO BRASIL

No Brasil, o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), é o órgão responsável pela gestão nacional das políticas, diretrizes e estratégias que orientam as ações de promoção à saúde e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/aids), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente o PN-DST/aids se estrutura a partir de três componentes, sendo eles: a) promoção, proteção e prevenção das DST/aids; b) diagnóstico, tratamento e a assistência destas enfermidades; e c) desenvolvimento institucional e gestão do programa (BRASIL, 2010c).

O quadro epidemiológico da AIDS no país entra em um novo ciclo de desenvolvimento, revelando taxas de prevalência relativamente baixas na população geral, mantendo-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Percebe-se uma tendência de estabilização da taxa de incidência de aids, ainda que em patamares elevados e com grandes diferenças regionais (Figura 3).



Fonte: MS, 2010a

Figura 3 – Taxa de incidência de casos de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/aids, publicou em dezembro de 2012, dados epidemiológicos do período compreendido entre os anos de 1980 a junho de 2012, que revela que o número de casos novos de aids por ano é de, em média, 36 mil casos/ano. O número de casos de AIDS notificados de 1980 a junho de 2012 foi de 656.701, o número de óbitos por ano é de, aproximadamente 11,5 mil e a taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,4%, enquanto que para homens é de 0,5% e para mulheres de 0,3%.

O Ministério da Saúde revela (dados de 2009) que entre homens que fazem sexo com outros homens, a taxa de prevalência é de 10,5%, entre profissionais do sexo é de 4,9% e entre usuários de drogas 5,9% (BRASIL, 2010c).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil teve 656.701 casos registrados de aids. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Segundo este boletim, a epidemia por região em um período de 10 anos, de 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste,

destacando-se que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) e, com relação aos números absolutos, segundo regiões do país, na Região Norte, onde ainda não se observa tendência à estabilização, o maior número de casos de aids está no Pará (12.532), segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

No estado do Pará, houve um recrudescimento de resultados reagentes em 2012, quando comparado ao ano de 2011, conforme demonstra a tabela (1) abaixo, cujos dados foram fornecidos pelos 14 CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento) da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará.

Tabela 1 – Comparação de resultados reagentes entre os anos de 2011 e 2012 fornecidos pelos Centros de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará.

GÊNERO	2011		2012		
	Requisições	HIV Reagente	Requisições	HIV Reagente	%
Masculino	14850	902	11333	755	60,11
Feminino	35925	593	31228	501	39,89
TOTAL	50775	1495	42561	1256	100,00

Fonte: SESP, 2013.

Os dados demonstram ainda, um índice significativo de resultados reagentes ao HIV: das 42.561 requisições encaminhadas aos CTAs, 1.256 (29,51 %) foram reagentes, com predominância do gênero masculino (60,11 %).

2.2.1 A reversão do gênero prevalente na infecção por HIV e idade dos infectados

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) relata que, na atualidade, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres; contudo, existem evidências de que essa diferença diminui à medida que os anos vão se passando. Em 1989, a razão de gêneros era cerca de 6 casos de aids no gênero masculino para cada 1 caso no gênero feminino. Em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres. Com relação à faixa etária, a aids é mais incidente, em ambos os gêneros, entre 25 e 49 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de gêneros em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998.

Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV; e quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012

decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2012).

No que concerne ao gênero masculino predominam as relações heterossexuais; contudo, a epidemia no país é concentrada em grupos populacionais com comportamentos que os expõem a um risco maior de infecção pelo HIV, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. O boletim BRASIL (2012) informa, que em números absolutos, houve redução de casos de aids em crianças menores de cinco anos: passou de 846 casos, em 2001, para 745, em 2011. Isso demonstra a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV.

Quando todas as medidas preventivas são adotadas, a chance de transmissão vertical cai para menos de 1%. Às gestantes, o Ministério da Saúde recomenda o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, além de realização de cesárea para as mulheres que têm carga viral elevada ou desconhecida. Para o recém-nascido, a determinação é de substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) e uso de antirretrovirais. (BRASIL, 2012, p.1).

Estimativas nacionais também são obtidas por meio do Estudo Sentinela Parturiente, que avalia a qualidade da assistência durante o pré-natal e o parto, incluindo a monitorização da taxa de prevalência do HIV/aids, a qual apresenta níveis semelhantes à da população geral feminina (BRASIL, 2010c).

2.2.2 Prevenção e mortalidade do HIV

Quanto à prevenção, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) está atento a essas questões e tem desenvolvido várias ações de prevenção, com o objetivo de estimular no jovem brasileiro a prática de uso rotineiro de preservativos. Os resultados obtidos são promissores; pois, a distribuição de preservativos no país cresceu mais de 45% entre 2010 para 2011 (de 333 milhões para 493 milhões de unidades). Os jovens são os que mais retiram preservativos no Sistema Único de Saúde (37%) e os que se previnem mais.

Em relação à taxa de mortalidade, esse boletim epidemiológico (BRASIL, 2012) também sinaliza queda. De 6,3 por 100 mil habitantes, em 2002, reduziu para 5,6 em 2011 – representando uma queda, bastante significativa, de aproximadamente 12%. Ao observar os dados regionais, verifica-se que o Sudeste apresenta tendências de redução na taxa de mortalidade; enquanto que as regiões Norte, Nordeste e Sul apresentam tendência de aumento. O coeficiente da região Centro-Oeste encontra-se estável. O Ministério da Saúde aponta como preocupante, a prevalência do HIV, nos últimos cinco anos, entre meninos de 17

a 20 anos de idade, que passou de 0,09% para 0,12%. O estudo também revela que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo vírus da aids (prevalência de 0,17% entre os meninos com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo). Sem ignorar que quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade.

2.3 TRATAMENTO DO HIV

Segundo o Ministério da Saúde, o Governo Brasileiro garante, atualmente, o tratamento gratuito da aids para aproximadamente 217 mil pessoas em controle da epidemia no país. O acesso é assegurado à pessoa vivendo com HIV/aids; uma vez que, o Brasil fabrica 11 dos 20 medicamentos antirretrovirais usados no tratamento do HIV/aids. Para o Brasil, o tratamento é só uma parte da vida de quem tem HIV/aids. Essas pessoas namoram, trabalham e desejam ter filhos. Nos últimos anos, o governo vem investindo em ações de promoção que contribuem para uma alimentação mais saudável, maior adesão aos medicamentos, maior acesso e tratamentos para a Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV), garantia dos direitos reprodutivos dos casais soros-discordantes ou soropositivos e para a luta contra o preconceito (BRASIL, 2012).

As principais estratégias empregadas para se obter uma resposta à epidemia da aids no Brasil, inclui uma intensa participação de movimentos sociais e comunitários no controle social e das ações desenvolvidas ao portador do vírus HIV; assim como, ações combinadas e descentralizadas de prevenção, assistência e tratamento. Busca atender às necessidades de grupos vulneráveis, visando o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, diagnóstico e insumos de prevenção. O SUS desenvolve suas ações através de uma rede de assistência organizada, tanto em nível ambulatorial como hospitalar. Com a interiorização da epidemia, a partir dos anos 90, o número de serviços ambulatoriais especializados – Serviço de Atendimento Especializado (SAE) – cresceu de forma significativa. Em 1996 eram 33 serviços, hoje são 737 em todas as regiões do país (BRASIL, 2010c).

2.3.1 Terapia antirretroviral (TARV)

O Brasil adota o acesso universal à terapia antirretroviral altamente ativa (HAART - *Highly Active Antirretroviral Therapy*) desde 1996, trazendo grandes benefícios para as pessoas vivendo com HIV/aids, no que tange à supressão da carga viral, fortalecimento do sistema imunológico e melhoria do estado clínico (BRASIL, 2008a). Desde então, o Brasil tem garantido, por meio do Ministério da Saúde, a distribuição e o acesso ao tratamento com

antirretrovirais a todas as pessoas que tenham indicação para o uso dos medicamentos (NEMES *et al.*, 2009).

A HAART é uma combinação de drogas antirretrovirais, com diferentes formas de ação, interferindo nas diferentes etapas do ciclo viral; uma vez que a ação desses fármacos está centrada no ciclo de replicação viral. O advento da HAART causou um grande impacto positivo nos indicadores de morbidade, mortalidade e de qualidade de vida dos portadores do vírus HIV e da aids, aumentando sua sobrevivência e, a partir de sua implementação, a aids assumiu características de doença crônica (ALENCAR *et al.*, 2008).

A HAART tem indicação para pacientes infectados pelo HIV que apresentem as seguintes condições clínico-laboratoriais: 1) doença sintomática; 2) assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2010). Outros parâmetros deverão ser avaliados pelo médico assistente e demais membros da equipe de saúde; pois, segundo o Ministério da Saúde:

“A presença de sintomas ou manifestações clínicas associadas à imunodeficiência relacionada ao HIV, mesmo quando não definidoras de aids, sugere a necessidade de iniciar o tratamento antirretroviral, independentemente dos parâmetros imunológicos, devendo essa decisão ser considerada individualmente” (BRASIL, 2008, p.35).

Entretanto, apesar dos benefícios da HAART, são vários os efeitos adversos provocados pelo uso dos antirretrovirais, e dependem da natureza das drogas em uso. Dentre eles, temos: náuseas e vômitos, anemias, diarreias, neuropatias, insônia, dores abdominais, exantema e muitos outros (ALENCAR *et al.*, 2008).

Rodrigues *et al.* (2009) afirmam que vários estudos têm indicado que o tratamento com antirretrovirais está associado a alterações metabólicas, como a dislipidemia, resistência insulínica, hiperglicemia, lipodistrofia (redistribuição da gordura corporal) e obesidade visceral.

O HIV, por suas glicoproteínas de superfície, adere à célula hospedeira e introduz seu material genético no citoplasma da célula. A enzima viral transcriptase reversa transforma a dupla fita de RNA viral em DNA pró-viral, que migra até o núcleo da célula hospedeira unindo-se ao seu material genético. Dentro do núcleo, ocorre o processo de transcrição, pelo qual se formam novas moléculas de RNA viral, as quais migram até o citoplasma e, por ação da enzima virais proteases unem-se aos demais componentes virais, havendo a formação de um novo HIV.

Desta forma, as drogas da classe dos inibidores da transcriptase (análogos de nucleosídeos – NRTI – ou não análogos de nucleosídeos – NNRTI) inibem a primeira fase da replicação viral através da inibição da enzima viral transcriptase reversa. As drogas da classe dos inibidores da protease impedem a ocorrência da última fase da replicação viral por inibirem a enzima viral protease (VALENTE et al, 2005).

As *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV* (BRASIL, 2010) indicam que a TARV inicial deve sempre incluir combinações de três drogas: dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos – ITRN (Zidovudina/AZT, Abacavir/ABC, Didanosina/DDI, Estavudina/d4T, Lamivudina/3TC e Tenofovir/TDF), associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo – ITRNN (Efavirenz/EFZ, Nevirapina/NVP e Etravirina/ETR) ou a um Inibidor da Protease - IP (Atazanavir/ATV, Darunavir/DRV, Fosamprenavir/FPV, Indinavir/IDV, Lopinavir/r/LPV/r, Nelfinavir/, Ritonavir/RTV e Saquinavir/SQV), reforçado com Ritonavir (IP/r).

As drogas mais utilizadas na TARV incluem: Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT), Abacavir (ABC), Didanosina (DDI EC), Tenofovir (TDF), Estavudina (d4T), Nevirapina (NVP), Lopinavir, Efavirenz (EFZ), Atazanavir (MS, 2010). Encontram-se disponíveis no mercado a Enfuvirtida, que é um Inibidor de Fusão, e o Raltegravir, Inibidor da Integrase (BRASIL, 2010).

2.4 SÍNDROME LIPODISTRÓFICA DO HIV (SLHIV)

A Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV) ou lipodistrofia foi oficialmente descrita pelo *Food and Drug Administration* (FDA), órgão norte-americano regulador da liberação e uso de medicamentos, em 1997. Inicialmente, foi denominada de "*Crixbelly*", pois os primeiros casos de redistribuição da gordura corporal foram observados após a utilização do Crixivan (Indinavir), medicamento da classe dos inibidores da protease/IP (CARR, 2003).

A SLHIV é um importante efeito colateral à TARV que provoca deformidades físicas e apresenta um alto potencial estigmatizante. A partir de 1996, quando a terapia antirretroviral de alta potência (HAART) tornou-se uma rotina no tratamento de pacientes infectados pelo HIV, mudanças na distribuição da gordura corporal e alterações do perfil lipídico e glicêmico foram observadas. A distribuição de gordura se dá de forma anômala, com perda do tecido adiposo subcutâneo periférico e acúmulo de gordura central. Estas alterações foram posteriormente denominadas de Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV) e tem como principais manifestações a Lipoatrofia (perda de gordura) e Lipo-hipertrofia (aumento de

gordura); assim como, alterações metabólicas (GIRALT *et al.*, 2011). No Anexo I, são mostradas imagens com as principais características da SLHIV.

As alterações corpóreas provocadas pela SLHIV revelam-na como o efeito adverso que, a médio e longo prazo, mais parece comprometer a saúde física e psíquica do paciente e a adesão ao tratamento, diminuindo as chances de um resultado satisfatório.

A SLHIV se caracteriza por alterações nos níveis de colesterol e triglicérides (dislipidemias) e na distribuição da gordura corporal, levando a um acúmulo no abdome, costas, pescoço e nuca, nas regiões submentoniana e pubiana, além de ginecomastia nos homens e aumento de mamas em mulheres e à perda nos braços, pernas, região glútea e face, podendo resultar em proeminência relativa da musculatura e circulação venosa.

As alterações metabólicas como dislipidemia, resistência insulínica, hiperglicemia e redistribuição da gordura corporal são fatores de risco para doença cardiovascular e diabetes mellitus (GIRALT *et al.*, 2011; VILLARROYA *et al.*, 2010).

O desenvolvimento dos sinais físicos da SLHIV é geralmente progressivo por um período de 18 a 24 meses, aumentando em gravidade e estabilizando-se durante pelo menos dois anos. O tempo de infecção pelo HIV, idade do paciente e o tempo de uso dos antirretrovirais são alguns dos fatores de risco para o aparecimento da SLHIV. Esse processo é lento e, em algumas pessoas, pode demorar alguns anos para ser percebido (BRASIL, 2011).

A associação entre o uso de Indinavir e redistribuição da gordura corporal foi descrita em 1998, com o emprego de tomografia computadorizada demonstrando o aumento da gordura visceral nestes indivíduos.

Com o surgimento de novos IPs, concluiu-se que a redistribuição da gordura corporal não era um efeito exclusivo do Indinavir, sendo esta denominação abandonada (SLHIV/MS, 2011; VILLARROYA *et al.*, 2011).

Acredita-se que os Inibidores de Transcriptase Reversa estejam mais relacionados com a perda de gordura (lipoatrofia) da face, dos braços e das pernas. Já os inibidores de protease, estariam mais relacionados com o acúmulo de gordura na barriga, giba e costas.

Uma das primeiras medidas a serem tomadas pelo profissional de saúde é proceder à alteração do esquema de medicamentos, tanto quanto possível, orientando especial atenção à alimentação e à prática de atividades físicas. Essas duas ações podem amenizar os sinais de SLHIV (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c) aponta ainda outros fatores de risco relacionados à SLHIV, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Fatores de risco relacionados à SLHIV.

Lipoatrofia	Lipo-hipertrofia	Ambos
Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	Inibidores da Protease	Duração da TARV
Caucasianos		
Baixo índice de gordura Corporal	Mulheres	Baixa contagem de células CD4+
Homens		
Início da TARV com infecção avançada pelo HIV	Alto índice de gordura corporal	Baixa contagem de células CD4+
Coinfecção HIV – VHC		
Baixa/alta contagem de células CD4+	Hipertrigliceridemia	Alta carga viral
Aumento do ácido láctico		

Fonte: adaptado de Liechtenstein (2003).

O diagnóstico da SLHIV é baseado em achados clínicos, tais como: parâmetros antropométricos (peso, altura e índice de massa corporal); parâmetros biológicos (dosagem de colesterol, triglicérides, insulina e ácido láctico) e parâmetros radiológicos (Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética são os preferenciais).

Ainda não existe tratamento definitivo para a SLHIV; porém várias opções têm sido utilizadas, com base nas recomendações do MS (2011): mudanças no estilo de vida (exercícios físicos, estado nutricional); redução na exposição aos ARV, incluindo modificações no esquema de tratamento; tratamento farmacológico e tratamentos cirúrgicos (BRASIL, 2010).

As alterações mais graves podem ser corrigidas através de cirurgias plásticas reparadoras, as quais são gratuitas e se encontram disponíveis em várias unidades da rede pública de todo o país. As cirurgias mais frequentes são o preenchimento facial com Polimetilmetacrilato (PMMA), para o tratamento da perda de gordura no rosto; lipoaspiração nas mamas, abdômen, giba, região submandibular (abaixo da nuca) e costas e implante de prótese glútea (BRASIL, 2011).

Essas transformações da imagem corporal, muitas vezes, levam a um grande sofrimento do paciente, pois, provocam constrangimento e medo de exposição pública, podendo interferir nos bons resultados da TARV.

Tal situação torna-se bem evidente nesta afirmação feita pelo Ministério da Saúde:

O desenvolvimento da Lipodistrofia pode levar a um impacto psicossocial muito negativo, refletindo-se na diminuição da qualidade de vida dos pacientes e inclusive na baixa adesão ao tratamento, ou mesmo no abandono deste (BRASIL, 2010, p.7).

O Ministério da Saúde (2007a) afirma que a não adesão à TARV é considerada uma forte ameaça para a efetividade do tratamento e da qualidade de vida dos usuários e, coletivamente, pode contribuir para o aumento da mortalidade e morbidade da doença.

2.5 SÍNDROME METABÓLICA RELACIONADA À SLHIV

As anormalidades metabólicas podem ser divididas em alterações lipídicas e anormalidades na homeostase da glicose. Os componentes estabelecidos para caracterização da síndrome metabólica relacionada à SLHIV (American Diabetes Association – ADA, 2011) compreendem:

- Dislipidemia – aumento do colesterol total, aumento da fração LDL colesterol, diminuição da fração HDL colesterol e aumento de triglicérides.
- Alterações glicêmicas - Glicemia de jejum alterada (pré-diabetes): Glicemia de jejum 100–125mg/dl; - Intolerância à glicose: Glicemia 2 horas após sobrecarga oral com glicose 140–199mg/dl; - Diabetes mellitus: Glicemia de jejum \geq 126mg/dl ou glicemia 2 horas após sobrecarga oral com glicose \geq 200mg/dl e resistência insulínica.
- Lipodistrofia - Lipoatrofia: Redução da gordura em regiões periféricas (braços, pernas, nádegas) e proeminência muscular e venosa relativas; - Lipo-hipertrofia: Acúmulo de gordura em região abdominal, gibosidade dorsal, ginecomastia e o aumento das mamas em mulheres; - Mista: Associação da lipoatrofia e da Lipo-hipertrofia.
- Doença cardiovascular

As alterações lipídicas encontradas nos pacientes infectados pelo HIV são aumento dos níveis séricos de triglicérides e/ou de colesterol total, às custas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), havendo tendência à diminuição dos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL). Quanto às anormalidades na homeostase da glicose, podem se manifestar através da intolerância à glicose, resistência periférica à insulina ou do diabetes mellitus (LEITE, 2008).

Ainda segundo Leite (2008) a ocorrência de acidose láctica tem sido descrita nos pacientes em uso dos inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRNs), com alta letalidade. Os pacientes apresentam sintomas de cansaço, náuseas, vômitos, dor abdominal, perda ponderal, dispneia e/ou baixos níveis séricos de bicarbonato.

Outras alterações metabólicas podem ser encontradas, mas em menor grau de ocorrência. A tomografia de abdome pode evidenciar sinais de esteatose hepática. A incorporação destas alterações na Síndrome Lipodistrófica tem sido discutida; porém, com dados de prevalência não conhecidos e diagnóstico não padronizado (LEITE & SAMPAIO, 2008).

2.6 TRATAMENTO DA SLHIV

Até o momento não existe tratamento definitivo e curativo para a SLHIV. As diversas estratégias utilizadas no tratamento da SLHIV, como exercícios físicos, orientação nutricional, minimização da exposição aos antirretrovirais (retardo no início da terapia antirretroviral e mudança de medicamento) e tratamentos cirúrgicos, ainda tem obtido sucesso em graus bastante variáveis (BRASIL, 2009e).

A SLHIV como um efeito adverso dos medicamentos para a aids foi reconhecida e teve seu tratamento normatizado em dezembro de 2004, quando foram incluídas nas tabelas de procedimentos do SUS as cirurgias reparadoras para pacientes portadores de HIV/Aids e para usuários dos antirretrovirais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009b).

2.6.1 Tratamento clínico

Por não haver tratamento curativo, a adoção de algumas estratégias auxilia sobremaneira a prevenção e o controle da SLHIV. Dentre elas, destacam-se: o adiamento do início da TARV, com o objetivo de reduzir os seus efeitos tóxicos sobre o organismo do paciente; contudo, é necessário monitorizar os níveis de CD4+; uma vez que, iniciar os ARV com a taxa abaixo de 350 células/mm³ pode provocar o efeito inverso, ou seja, o aparecimento da SLHIV (BRASIL, 2009e).

A publicação do Ministério da Saúde (2009a) afirma que as trocas de esquemas tendem a trazer melhorias para o padrão imunológico e virológicos do paciente em uso de ARV.

O tratamento medicamentoso tem sido baseado na fisiopatologia da SLHIV, através do uso de moduladores do anabolismo, dentre os quais o hormônio do crescimento e esteroides anabólicos, moduladores de resistência insulínica, tais como a tiazolidinedionas e a metformina; e, por fim, os antioxidantes mitocondriais (SEVASTIANOVA, 2010).

As orientações, controle e acompanhamento nutricional; assim como, a prática orientada e acompanhada de exercícios físicos auxilia o retardamento e redução das alterações metabólicas e anatômicas provocadas pela SLHIV (SILVA & TAVARES, 2009).

Os exercícios físicos, aeróbicos e de resistência com peso, constituem um tratamento coadjuvante muito importante para o portador do HIV, auxiliando na recuperação das alterações corporais e distúrbios metabólicos causados pela Lipodistrofia, pois ajudam a diminuir a resistência à insulina, elevam os níveis de testosterona e previnem os riscos de doença cardíaca (BRASIL, 2009e, p.15)

2.6.2 Tratamento cirúrgico

Os estudos sobre a SLHIV têm demonstrado que, uma vez instaladas, as alterações na distribuição da gordura corporal pelo uso da TARV são irreversíveis. O tratamento clínico tem o objetivo de retardar esse aparecimento e minimizar os danos causados nos pacientes; contudo, o Ministério da Saúde (MS), a partir da liberação, custeio e inclusão no SUS de procedimentos cirúrgicos em 2004, através da Portaria Ministerial nº 2582, trouxe uma nova esperança para as pessoas vivendo com HIV/aids com diagnóstico e sinais de SLHIV (BRASIL, 2004).

Posteriormente, o MS criou protocolos para indicação das cirurgias reparadoras (Portaria nº 118/2005); criou normas para credenciamento das instituições de saúde que estariam habilitadas a realizar os procedimentos cirúrgicos (Portaria Conjunta nº2/2007). Em 2009, a Portaria Conjunta nº 1 revoga as anteriores; fazendo ajustes para a realização das cirurgias reparadoras e cadastramento das unidades de saúde habilitadas pelo MS. (BRASIL, 2009e).

O tratamento cirúrgico vem contribuir para corrigir os efeitos da Lipodistrofia, qualquer que seja sua manifestação (atrofia, hipertrofia ou misto) ou sua localização. E quando esse tratamento cirúrgico é para Lipodistrofia ele é considerado terapêutico e não estético (BRASIL, 2009e).

Entre as intervenções realizadas em pacientes com uso de medicamentos antirretrovirais estão:

- Preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA);
- Preenchimento perianal com tecido gorduroso ou PMMA;
- Reconstrução glútea com prótese de silicone;
- Lipoaspiração de giba e dorso;
- Lipoaspiração de parede abdominal;
- Redução mamária;
- Tratamento de ginecomastia;
- Lipoenxertia de glúteo;

Para a realização das cirurgias, os pacientes devem ter indicação médica encaminhada por uma unidade do Serviço de Assistência Especializada credenciada (BRASIL, 2006b).

O êxito da correção cirúrgica da lipodistrofia tem feito com que essa técnica seja amplamente requisitada pelos pacientes, sendo sua principal limitação o acesso ainda restrito (BRASIL, 2009b).

2.7 SLHIV E ADESÃO À TARV

Segundo Geocze *et al.* (2010) a adesão ao tratamento é um componente importante para o sucesso terapêutico na infecção pelo HIV, existindo uma relação direta com a contagem da carga viral e dos linfócitos T-CD4+, sendo importante também, ao nível de resistência do vírus à medicação e à qualidade dos serviços que prestam assistência à pessoa vivendo com HIV/aids. Bonolo (2007) ratifica essa afirmativa:

Ainda na perspectiva da Saúde Pública, a adesão é potencialmente capaz de reduzir o risco da transmissão do HIV e de resistência aos medicamentos antirretrovirais. A transmissão de cepas virais resistentes é um problema em expansão, fortemente relacionado com a não-adesão ao tratamento (BONOLO, 2007, p.262).

Segundo Seidl *et al.* (2007) as dificuldades de adesão em HIV/aids decorrem, em parte, da complexidade da TARV, na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento.

Outra dificuldade refere-se à presença de efeitos colaterais, o que pode representar uma situação de aversão por causa da ocorrência de consequências adversas e desconfortáveis. A ocorrência de SLHIV constitui-se em grande desafio, tanto para as pessoas HIV+ quanto para as equipes de saúde.

Bonolo (2007) afirma que existem fatores que influenciam de forma determinante no processo de adesão, que incluem: o paciente; o profissional de saúde; a relação profissional-paciente; a doença; o serviço de saúde e o regime terapêutico.

Entre as dificuldades da adesão à TARV, destacam-se também as inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das pessoas portadoras do HIV, aos contextos socioeconômicos desfavoráveis e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançar e manter níveis adequados de adesão. Bonolo (2007) identifica:

[...] Entre as variáveis sociodemográficas, os fatores associados independentemente da não adesão foram: idade; raça; gênero; escolaridade; renda; e religião. Nos estudos com pacientes em início de terapia, esses fatores foram: idade; gênero; baixa condição socioeconômica; e não ter trabalho (BONOLO, 2007, p.267).

A falha de um esquema antirretroviral é definida como a ocorrência de deterioração clínica e/ou piora dos parâmetros laboratoriais imunológicos e/ou virológicos (BRASIL,

2007a). No caso da aids, a não adesão faz com que os medicamentos percam a eficácia, a carga viral aumente e a doença avance, limitando futuras possibilidades de tratamento do paciente.

A promoção da adesão ao tratamento transcende o simples controle da ingestão de medicamentos. Deve ser compreendida de forma mais ampla, incluindo, entre outros aspectos, o fortalecimento das PVHA, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico e laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (BRASIL, 2010c).

Outros fatores preponderantes e que também dificultam a adesão ao tratamento com os antirretrovirais são o estresse psicológico, a expectativa do resultado do uso da terapia, utilização de drogas ilícitas e lícitas, depressão, disfunção neurocognitiva e não adaptação da terapia na rotina de vida diária do usuário da TARV (BRASIL, 2007a).

Segundo Caraciolo e Shimma (2007), a estimativa da adesão feita pelos profissionais da saúde não é imparcial, pois é permeada por um viés subjetivo que dá margem a alguns julgamentos preconceituosos. O estudo demonstra ainda que os profissionais não têm habilidade para avaliar a adesão, e a medida feita por eles pode ser tão problemática quanto a feita pelos pacientes. Não se deve confiar nesta capacidade, pois ainda é difícil encontrar características nos pacientes que determine como será a adesão.

Pacientes em início de tratamento tendem a apresentar quadros depressivos, em geral relacionados à falta de apoio familiar ou social e uso de bebidas alcoólicas. É comum a irregularidade às consultas, tanto provocadas pela ausência do paciente, como pelas dificuldades estruturais dos serviços assistenciais.

Vale ressaltar a necessidade de mostrar ao paciente que ele também é responsável pelo sucesso do seu tratamento, tornando-o sujeito desse processo (BRASIL, 2010).

As alterações corporais e metabólicas provocadas pela Síndrome Lipodistrófica no paciente portador do HIV/aids trazem um novo estigma em relação à doença, pois favorecem a descoberta da condição de soropositividade por terceiros e impactam na autoimagem e na sexualidade do indivíduo, podendo influenciar na qualidade da adesão e levar ao abandono do tratamento.

O que assusta o paciente Lipodistrófico é que estas mudanças são facilmente percebidas pelas outras pessoas, exigindo do paciente, novas adaptações na rotina e no estilo de vida, aumentando a possibilidade de não adesão à terapia medicamentosa.

Matos *et al.* (2010) discutem que:

De acordo com a literatura, as mudanças corporais acarretadas pela Lipoatrofia vêm sendo caracterizadas como “a nova cara da aids”, levando seus portadores a forte impacto psicológico, associado à hipótese de revelação do diagnóstico de soropositividade (MATOS *et al.*, 2010, p.12).

O abandono ou a má adesão à TARV representa motivo de grande preocupação para as autoridades e para os profissionais de saúde; pois, a suspensão ou o uso irregular da medicação pode acarretar sérias consequências à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids.

Este fato exige um desdobramento da equipe de saúde no sentido de trabalhar intensamente essas mudanças corporais junto aos pacientes, na perspectiva de melhorar a adesão ao tratamento (FERNANDES, 2007).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.14): “adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”.

E para tanto, normatizou através da publicação do Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV/aids, em 2008, a formação e a atuação de equipes multidisciplinares nos serviços de referência especializada, as quais deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2008).

Além dos profissionais citados, as equipes que assistem aos pacientes com HIV/aids, incluem farmacêuticos, nutricionistas, dentistas e diversos profissionais de nível médio.

Entre as ações que devem ser realizadas pela equipe de forma integralizada estão: encaminhamentos, discussão de casos clínicos, visitas médicas aos pacientes internados e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares.

A realização de reuniões regulares com todos os membros também é fundamental para o desenvolvimento de estratégias articuladas, com o objetivo de identificar interrupções no comportamento de adesão, como os atrasos nas retiradas dos remédios (BRASIL, 2008c).

O Ministério da Saúde, através da Nota Técnica nº 208/09 – UAT/DST – AIDS/SVS/MS, recomenda: 1) que sejam considerados entre os critérios de alerta de má adesão ao tratamento antirretroviral, os usuários que não retirarem medicamentos antirretrovirais após sete dias da data prevista para uma nova retirada ou faltarem às consultas médicas agendadas; e 2) que sejam considerados casos de abandono ao tratamento os usuários que: (a) não retirarem medicamentos antirretrovirais a partir de três meses após a data prevista e (b) não retornarem às consultas em seis meses.

Essa identificação pode favorecer a abordagem oportuna diante de eventuais problemas na adesão, com base em uma atitude não punitiva, mas de acolhimento, visando à busca compartilhada de soluções para os problemas detectados.

Diante de todas as considerações apresentadas surgem os seguintes questionamentos:

1) Qual o perfil de adesão dos pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV?; 2) Quais as causas/fatores preditores da adesão irregular à TARV?; 3) O índice de abandono, independente do momento do tratamento, é significativo?; 4) Como pode ser evitado e/ou minimizado esse abandono?

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Modelo do estudo

Foi desenvolvido um estudo do tipo observacional, descritivo, transversal, não controlado, vinculado a uma abordagem quanti-qualitativa, com a finalidade de possibilitar uma interpretação real do fenômeno a ser estudado. A opção por esta metodologia reportou-se ao fato de que possibilitou o conhecimento do perfil de adesão dos pacientes e das prováveis causas do abandono na SLHIV, independente do momento em que o mesmo ocorreu; assim como, mensura os índices a elas relacionados.

Para esta pesquisa foram consideradas as recomendações para os casos de má adesão e abandono estabelecidas na Nota Técnica Nº 208/09 – UAT/DST – AIDS/SVS/MS (BRASIL, 2009a), ou seja, foram considerados dentro do tempo máximo de suspensão da TARV os seguintes grupos:

- 1) Adesão regular (AR): aqueles que mantiveram regularidade;
- 2) Adesão Irregular (AI): todos os casos em que o tempo de ausência do paciente para as consultas médicas foi menor que 6 meses, ou ainda, horários de tomada de ARV irregulares, esquecimentos de doses (1 dia ou mais sem tomar os ARV) e suspensão nos finais de semana;
- 3) Abandonos Notificados (AN): todos os casos que se enquadraram nos critérios estabelecidos pela NT/MS e foram devidamente notificados no sistema;
- 4) Abandono Não Notificado (ANN): pacientes que descontinuaram a TARV, não notificaram o abandono e não foram incluídos no sistema.

Foi desenvolvido um questionário (Apêndice I) aplicado a todos os pacientes envolvido na pesquisa para identificar fatores preditores das causas de abandono, quer sejam uma atuação fraca do grupo de adesão, deficiência do controle dos pacientes com alterações metabólicas ou desconhecimento dos sinais/sintomas da síndrome.

O questionário permitiu também a identificação de fatores inerentes ao sistema que podem estar relacionados a uma má caracterização da causa do abandono como registros insuficientes e informações deficientes sobre os pacientes (registros de exames, ausência de notificação de abandono).

Os dados clínicos foram retirados dos prontuários dos pacientes e reunidos em uma ficha para registro de dados clínicos (Apêndice II).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada/SAE da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais/ URE DIPE, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará/SESPA, que presta assistência à saúde da população por meio do Sistema Único de Saúde e desempenha um papel importante no diagnóstico, tratamento e controle do HIV/aids no estado.

Os pacientes diagnosticados com SLHIV que apresentam necessidade de preenchimento facial com o polimetilmetacrilato (PMMA) são encaminhados para atendimento especializado no consultório de Dermatologia, mantendo o acompanhamento com os demais profissionais do SAE.

3.3 População em estudo

Foram consultados os prontuários de todos os pacientes matriculados e atendidos no SAE em HIV/aids do ambulatório da URE DIPE, no período de fevereiro a março de 2013 e que apresentavam sinais clínicos ou diagnóstico de SLHIV.

3.4 Seleção da amostra

A amostra de 124 pacientes foi obtida por método não probabilístico; uma vez que, foi composta por pacientes, de ambos os gêneros, com diagnósticos confirmados ou com sinais clínicos de SLHIV, que compareceram no período de fevereiro a março de 2013, estipulado para a realização da pesquisa (coleta de dados) na Unidade. Foram realizadas entrevistas com aplicação de formulário misto e pesquisa de prontuário. Para tanto, considerou-se as orientações do Ministério da Saúde (2008bz):

São recomendáveis consultas clínicas frequentes – no período entre duas e três semanas após o início da terapia – e posteriormente com intervalos mais longos entre as reavaliações, à medida que o paciente se adapta à nova rotina. Nos casos de diagnóstico tardio e de pessoas com comprometimento clínico e dificuldades sociais importantes, as reavaliações devem ser ainda mais frequentes (BRASIL, 2008, p.75).

Portanto, os critérios para agendamento dos pacientes dependeram de múltiplos fatores, não existindo uma periodicidade ou calendário pré-estabelecido.

3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com diagnóstico confirmado ou sinais clínicos de SLHIV, de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos; que estavam ou já estiveram em uso de TARV e que

aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III).

3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não se enquadraram nos critérios acima; assim como, os que apresentaram alterações metabólicas e/ou lipodistrofia anterior ao diagnóstico de infecção por HIV, mulheres grávidas e lactantes, devido às alterações metabólicas desenvolvidas nestes períodos.

3.5 Coleta de dados

3.5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Realizou-se revisão dos prontuários de 124 pacientes matriculados no SAE, da URE DIPE, a partir da identificação dos pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV, que compareceram à Unidade no período de fevereiro a março de 2013.

Foram coletados dados, tanto de identificação, quanto antropométricos, clínicos e laboratoriais, os quais foram registrados na Ficha de Registro para Dados Clínicos (Apêndice II), onde constam: exames realizados, tipos de medicamentos em uso, tempo de tratamento, medição da cintura abdominal e outros dados de interesse para a pesquisa.

3.5.2 REVISÃO DE LIVROS DE REGISTRO

Realizou-se revisão dos livros de controle do SAE, utilizados pela equipe multidisciplinar e o sistema de registro de dispensação de antirretrovirais do setor de Farmácia, para controle da regularidade de frequência dos pacientes.

3.5.3 APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

O instrumento (Apêndice I) utilizado para a coleta de dados foi um formulário misto, contendo perguntas abertas e fechadas, cuja aplicação, com os devidos ajustes no formulário original, ocorreu após a realização do teste piloto (validação) no ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto, com quarenta (40) pacientes de lipodistrofia em uso de antirretrovirais para tratamento e controle de HIV/aids, respeitando-se o agendamento dos consultórios de Infectologia e Dermatologia do hospital.

As variáveis de interesse investigadas por esse formulário foram: tempo de tratamento com TARV; interrupção de tratamento anterior por iniciativa própria; percepção da

importância da adesão ao tratamento e auto-percepção das mudanças corporais provocadas pela SLHIV.

Esta pesquisa teve como desfecho primário, a estruturação do perfil de adesão à TARV dos pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV fornecendo instrumentos para a URE DIPE, visando à elaboração de estratégias voltadas para o aumento da adesão à terapia. Como desfecho secundário, o perfil de adesão dos pacientes com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV, após o esclarecimento das causas e fatores envolvidos na adesão irregular à TARV, possibilitou a determinação do índice de abandono à terapia, independente do momento do tratamento em que este evento ocorreu.

3.6 Análise dos dados

As informações obtidas foram armazenadas em um banco de dados plotados em tabelas elaboradas no Excel versão 2007. A análise descritiva dos dados foi feita na amostra total e na amostra estratificada por gênero, idade, tipo de TARV e demais informações pertinentes coletadas nos prontuários e no formulário.

A análise de variância de correlação entre as respostas do questionário em relação aos grupos foi realizada por meio do Teste de Kruskal-Wallis. Para comparar as variáveis presentes em pacientes com adesão regular (AR), em relação aos demais grupos (AN, ANN E AI), foram realizados o Teste T de Student, Qui Quadrado, Teste G e Teste Exato de Fisher, considerando a especificidade de cada variável.

Para se estabelecer o grau de significância no estudo das variáveis, foi considerado um valor $p < 0,05$ determinado por meio de análise de variância, com as devidas correções estatísticas quando necessárias, para amostras não paramétricas. Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo *software* BIOESTAT 5.0® (Ayres *et al.*, 2007).

3.7 Aspectos éticos

Este estudo acatou as normas regulamentadoras da Resolução CNS n°466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de ética em pesquisa e estudos com seres humanos e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do HUIBB, CONEP e 1ª Regional de Saúde da SESP (Anexo II).

Foram mantidos o sigilo e anonimato dos pacientes com o objetivo de preservar a identidade dos sujeitos e as informações por eles fornecidas. Os pacientes da URE DIPE que aceitaram ser fotografados assinaram termo de autorização para fotografias (Apêndice IV).

Esta pesquisa não ofereceu riscos aos pacientes; uma vez que, não foram executados procedimentos invasivos ou de qualquer natureza, que pudessem representar risco à saúde e/ou à integridade física dos mesmos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da população em relação ao abandono e adesão à TARV

A amostra foi constituída por 124 pacientes com 85 homens (68,55%) e 39 mulheres (31,45). A maioria (68=54,84%) era solteira, seguidos de 39 indivíduos casados (31,45%), com 69 (55,65%) residentes na capital e 55 (44,35%) do interior. Cerca de 66% dos indivíduos da amostra tinha renda familiar de até um salário-mínimo, seguidos por cerca de 22% recebendo até dois salários mínimos e os demais (12%) recebendo acima de três salários mínimos. A escolaridade de aproximadamente 78% da amostra (97 indivíduos) estava entre fundamental e médio. Na Tabela 2 estão descritos os valores absolutos e relativos aos dados pessoais e socioeconômicos obtidos pela resposta do formulário epidemiológico.

Tabela 2 – Distribuição dos dados epidemiológicos de 124 pacientes portadores de HIV-aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, da URE DIPE no Estado do Pará.

Dados epidemiológicos	N	%
1. Gênero		
Masculino	85	68,55
Feminino	39	31,45
2. Estado Civil		
Casado (a)	39	31,45
Divorciado (a)	6	4,84
Solteiro (a)	68	54,84
Viúvo (a)	11	8,87
3. Procedência		
Capital	69	55,65
Interior	55	44,35
4. Renda familiar		
Até um salário-mínimo	82	66,13
Dois salários-mínimos	27	21,77
Três salários-mínimos	8	6,45
Quatro salários-mínimos	5	4,03
Cinco ou mais salários-mínimos	2	1,61
5. Escolaridade		
Alfabetizado	5	4,03
Analfabeto	8	6,45
Ensino fundamental incompleto	40	32,27
Ensino fundamental	16	12,90
Ensino médio	33	26,61
Ensino médio incompleto	8	6,45
Ensino superior incompleto	7	5,64
Ensino superior	7	5,65
Total Geral	124	100,00

Fonte: URE DIPE, 2013.

Na amostra, a maioria relatou que não fazia uso costumeiro de bebida alcoólica e não era tabagista (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência do uso de bebida alcoólica e tabagismo entre os 124 pacientes portadores de HIV-aids da URE DIPE no Estado do Pará.

	N	%
1. Bebida alcoólica		
Sim	35	28,23
Não	89	71,77
2. Tabagismo		
Sim	14	11,29
Não	110	88,71
Total Geral	124	100,00

Fonte: URE DIPE, 2013.

Dentre os entrevistados, 90 (72,58%) relataram que em algum momento fizeram a suspensão do medicamento por conta própria e, dentre esses, 66 pessoas responderam que suspenderam a TARV pelo menos uma vez (51,52%) por conta própria (Tabela 4).

Dentre essas 90 pessoas, 71 relataram que suspenderam a TARV em intervalos que variaram de um a 72 meses (Tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição percentual quanto à suspensão da TARV.

Suspensão da TARV	N	%
1. Por iniciativa própria?		
Sim	90	72,58
Não	34	27,42
Total	124	100,00
2. Quantas vezes suspendeu a TARV por iniciativa própria?		
1	34	51,52
2	9	13,64
3	9	13,64
4	7	10,61
5	1	1,52
6	4	6,06
7	2	3,03
Total	66	100,00

Fonte: URE DIPE, 2013.

Tabela 5 – Distribuição percentual quanto à suspensão da TARV por iniciativa própria.

Tempo máximo de suspensão do tratamento (meses)	N	%
1	11	15,49
2	7	9,86
3	7	9,86
4	5	7,04
5	1	1,41
6	11	15,49
7	3	4,23
8	1	1,41
10	1	1,41
12	9	12,68
17	2	2,82
24	9	12,68
36	1	1,41
48	2	2,82
72	1	1,41
Total Geral	71	100,00

Fonte: URE DIPE, 2013.

No Quadro 2 pode-se notar que dentre os principais motivos para suspensão da TARV, o item mais mencionado como o principal motivo da suspensão da TARV (19 = 21,35%) foi “revolta”; assim distribuído nos grupos: AN = 5,64%, ANN = 4,03% e AI = 5,64%, seguidos de 17 indivíduos (19,10%) que apontaram a presença da lipodistrofia como a responsável pela suspensão da TARV, com maior concentração no grupo de adesão irregular (9,68%).

As viagens, (AN = 4,84%; ANN = 0,81%; A.I = 5,64%); assim como, a negação da doença, (AN = 3,22%; ANN = 2,42%; AI = 5,64%) também estão entre os motivos mais citados, com 14 pacientes cada (15,73%). Observa-se uma predominância no grupo de adesão irregular e abandono notificado entre os que mais alegaram motivos.

A Figura 4 apresenta a relação entre a variável gênero e o processo de adesão e abandono entre os pacientes soropositivos para HIV/aids, com diagnóstico ou sinais clínicos de SLHIV, participantes deste estudo.

Pode ser observado que no grupo de abandonos notificados (AN), a relação foi de 15 homens para 9 mulheres ($r=1,66$); no grupo de ANN foi de 12 homens para 4 mulheres ($r=3,00$); em AI, a associação foi de 33 homens para 16 mulheres ($r=2,06$); e finalmente, no grupo de AR observou-se 25 homens para 10 mulheres ($r=2,50$).

A razão encontrada em relação ao gênero foi de 2,18 homens para cada mulher.

Ao considerar o total de 124 pacientes, não foi observada significância estatística ($p=0,835$) o que indica que a proporção de adesão e abandono independe do gênero.

Quadro 2 – Relação entre motivo principal de abandono ou adesão irregular e tempo máximo de suspensão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

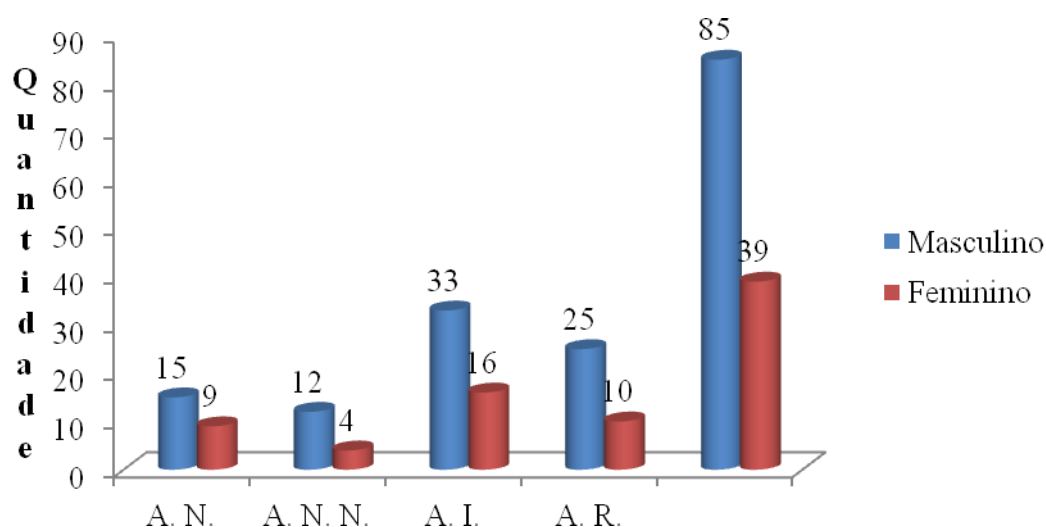
Motivo alegado	Tempo máximo de suspensão			Total
	AN	ANN	AI	
Revolta	7	5	7	19
Lipodistrofia	2	3	12	17
Negação da doença	4	3	7	14
Viagens	6	1	7	14
Alcoolismo	1	1	3	5
Esquecimento	1	-	4	5
Religiosos	1	2	2	5
Depressão	-	1	2	3
Dificuldades para deslocamento	-	-	2	2
Não crê na eficácia do medicamento	1	-	1	2
Datas comemorativas	-	-	1	1
Disfagia	-	-	1	1
Uso de drogas ilícitas	1	-	-	1
Total	24	16	49	89

AN = abandono notificado

ANN = abandono não notificado

AI = adesão irregular

Fonte: URE DIPE, 2013.



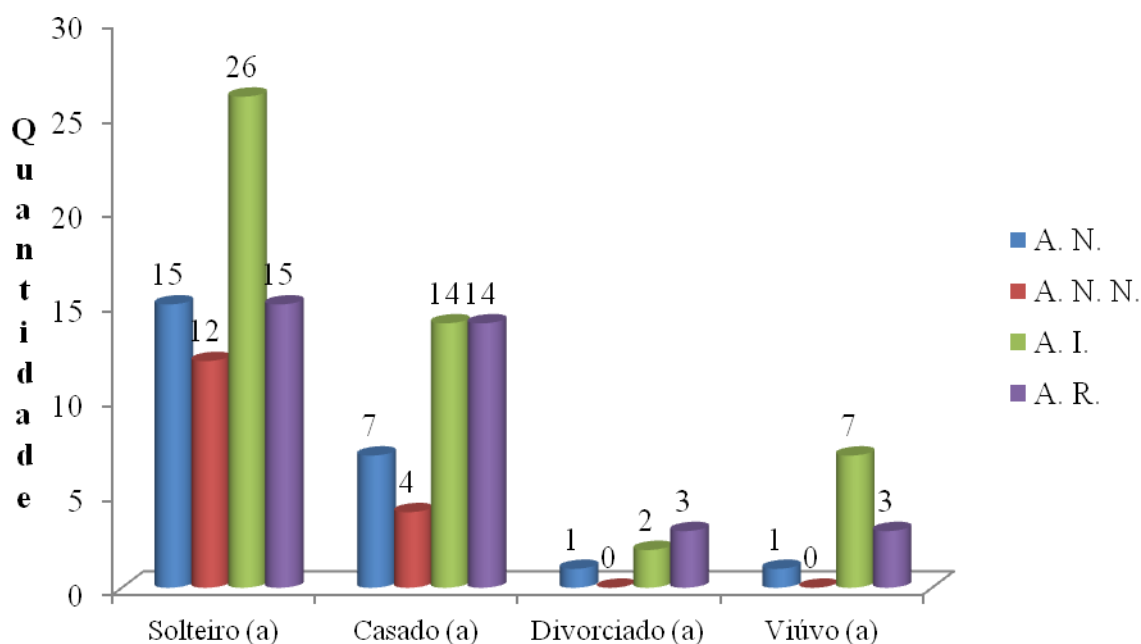
AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular.

Fonte: Pesquisa de campo

Figura 4 – Relação entre o gênero e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Em relação à distribuição por estado civil, na Figura 5 destaca-se que a maior frequência de AI localizou-se entre os solteiros (26= 21%), condição que se repete em todos os grupos AN (15= 12%), ANN (12= 9,7%) e AR (15= 12%).

Contudo, a análise de variância mostra que o estado civil não apresenta uma associação estatística significativa com o processo de abandono/adesão ao tratamento com antirretrovirais; uma vez que, apresentou o valor de $p= 0,108$.

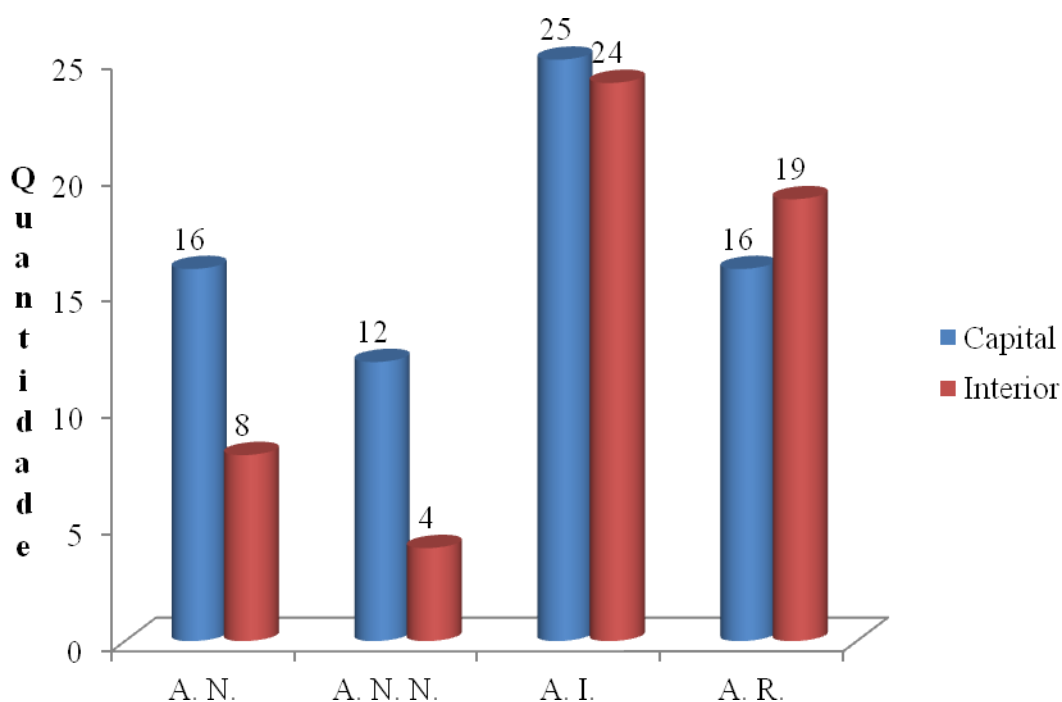


AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular.
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 5 – Relação entre o estado civil e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

A Figura 6 demonstra a associação entre Procedência e Tempo máximo de suspensão da TARV entre os entrevistados.

Considerando o número total e absoluto de pacientes (124) e sua distribuição nos grupos, é possível afirmar que não houve significância estatística ($p=0,145$) entre os pacientes oriundos do interior do estado e os residentes na capital, havendo uma concentração de casos no grupo de adesão irregular, com 49 pacientes que representam 39,52% dos pacientes entrevistados.



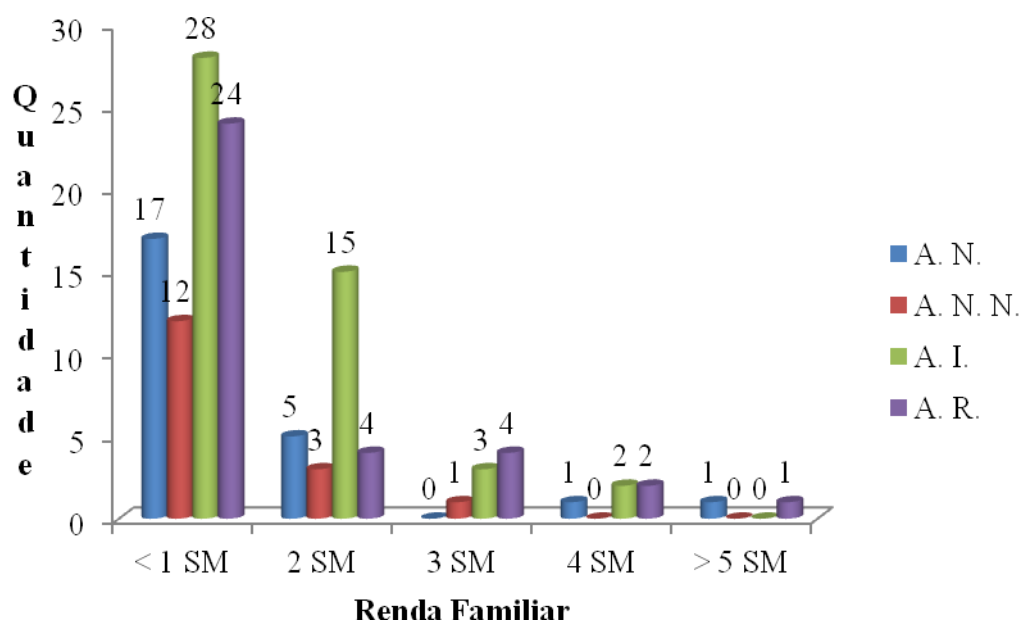
AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular.
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 6 – Relação entre a localidade da moradia e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

De acordo com o apresentado na Figura 7, observou-se maior concentração de renda familiar entre os pacientes que recebem até um salário mínimo mensal, com 81 pacientes enquadrados neste grupo, o que corresponde a 65,32% do total de 124 participantes do estudo. Ao estabelecer estudo comparativo entre os quatro grupos, constatou-se que houve uma predominância no grupo de adesão irregular, com 48 pacientes (38,71%) nas faixas de até 1 e 2 salários mínimos. Entretanto, a análise de variância revelou não haver associação estatística entre a renda familiar e o abandono/adesão dos pacientes entrevistados; uma vez que $p=0,708$.

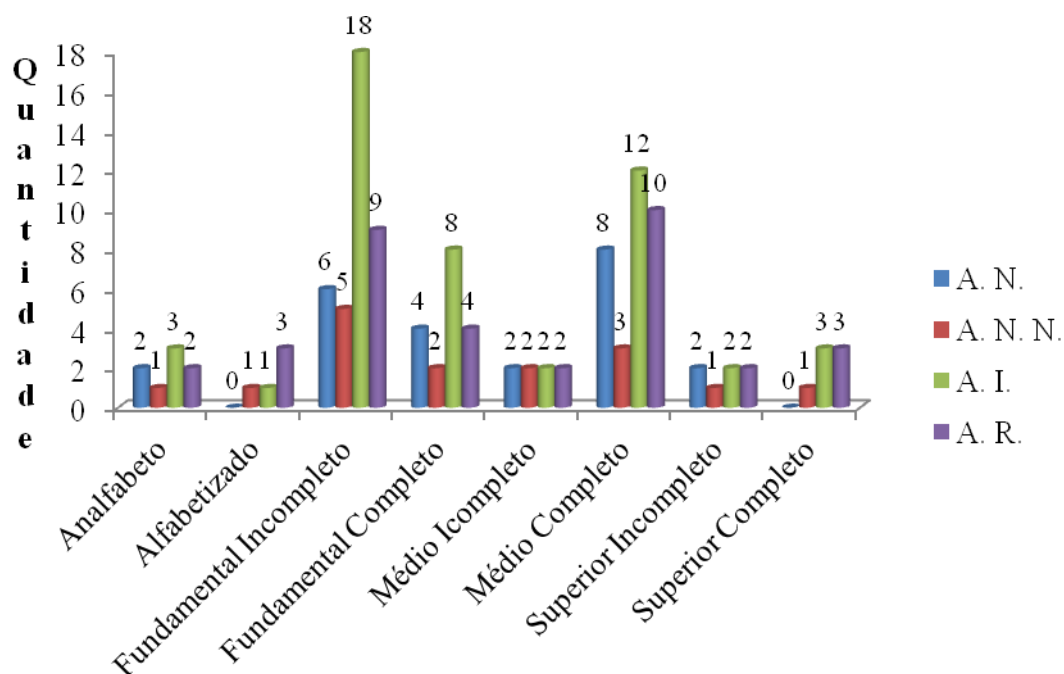
Na análise comparativa dos grupos observou-se a predominância de pacientes em adesão irregular no nível fundamental incompleto (18 pacientes = 14,52%) e médio completo (12 pacientes = 9,68%); assim como, assume também o maior percentual em analfabetismo (3 pacientes = 2,42%).

Quando somados todos os níveis de escolaridade por grupo, a adesão irregular assume a liderança com 49 pacientes, que representa 39,52% do total de 124 pacientes participantes desta pesquisa. Na análise de variância, não houve associação estatística significativa ($p=0,935$) da variável escolaridade em relação ao processo de adesão/abandono dos pacientes (Figura 8).



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular; SM = salário mínimo
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 7 – Relação entre a renda familiar e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

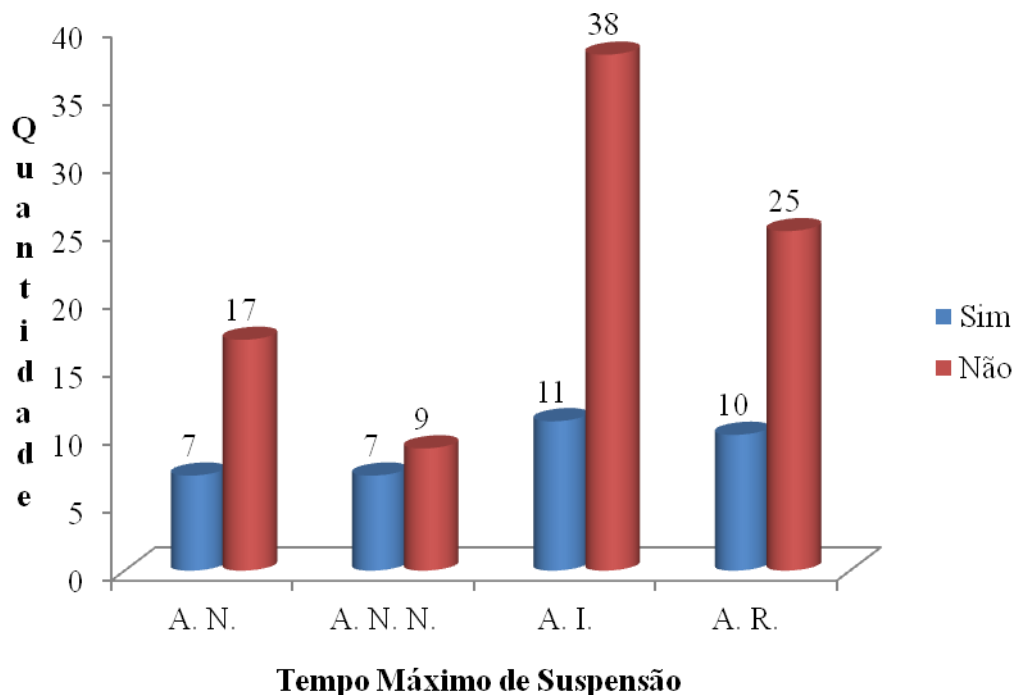


AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 8 – Relação entre a escolaridade e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

A Figura 9 estabelece a relação entre o hábito de beber e os quatro grupos pesquisados. Percebe-se que, no grupo AI há uma predominância de pacientes (38=30,64%) que não fazem uso de bebidas alcoólicas. Esta tendência também é verificada nos demais grupos: AN=17=13,71%; ANN=9=7,26%; AR=25=20,16%.

Na análise de variância observou-se que não há associação estatística ($p=0,444$) entre o uso de bebidas alcoólicas e o abandono e a adesão irregular dos pacientes entrevistados.

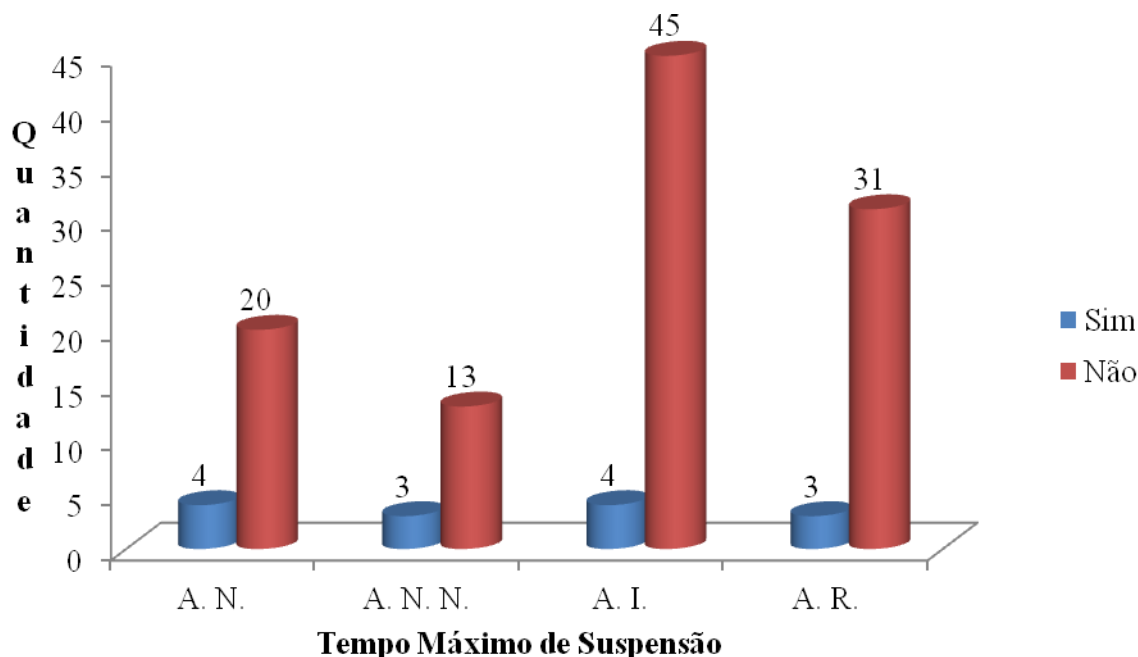


AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 9 – Relação entre o hábito de beber e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

A Figura 10 apresenta a relação entre a variável “hábito de fumar” e o processo de adesão e abandono entre os entrevistados deste estudo. Pode ser observado que no grupo AN, a relação foi de 20 não fumantes para 4 fumantes ($r = 5:1$); no grupo de ANN foram 13 não fumantes para 3 fumantes ($r = 4,33:1$); o grupo de AI foi o que apresentou maior percentual de não fumantes (45= 36,29%, $r = 11:1$).

A análise de variância revelou que esta variável também não apresenta uma relação estatística significativa ($p=0,531$) com o ato de abandonar ou aderir de forma irregular ao tratamento com os antirretrovirais naqueles pacientes.



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 10 – Relação entre o hábito de fumar e o abandono ou adesão à TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

4.2 Análises do perfil de abandono à TARV

Para título de análise, neste trabalho, os entrevistados foram agrupados em quatro grupos em relação à regularidade à TARV, acatando os critérios de abandono e má adesão preconizados na Nota Técnica nº 208/09 – UAT/DST – AIDS/SVS/MS:

1. O abandono notificado (AN) é caracterizado pela não retirada de ARV pelo paciente, a partir de três meses após a data prevista e não retornar às consultas em seis meses. Sendo esta ausência do paciente notificada e oficializada pela URE DIPE junto ao Ministério da Saúde;
2. Abandono não notificado (ANN) é aquele onde o paciente se enquadra nos critérios de abandono da NT 208/09; porém a Unidade não efetiva a notificação junto ao MS;
3. Adesão irregular à TARV (AI), segundo a NT 208/09, se caracteriza quando os pacientes não retirarem os ARV após sete dias da data prevista para uma nova retirada ou faltarem às consultas médicas agendadas. Para este estudo também será considerada adesão irregular, a tomada da TARV de maneira irregular, independente do período de tempo, mesmo que alternados com períodos de regularidade; e
4. Adesão regular refere-se aos pacientes que cumprem todas as recomendações da TARV e os critérios da NT.

De acordo com os critérios estabelecidos, dos 124 pacientes participantes deste estudo, 24 (19,35%) foram classificados como abandono notificado (AN), 16 (12,91%) como abandono não notificado (ANN), 49 (39,52%) como adesão irregular e os demais, 35 pacientes (28,22%), como adesão regular (AR), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6– Distribuição em grupos dos 124 pacientes portadores de HIV-aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, da URE DIPE no estado do Pará.

Grupos	N	%
NA	24	19,35
ANN	16	12,91
AI	49	39,52
AR	35	28,22
Total	124	100,00

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular.
Fonte: URE DIPE, 2013.

Quadro 3 – Análise de variância das respostas ao questionário em relação aos grupos de suspensão do tratamento em grupos (Teste de Kruskal-Wallis).

Item do questionário	p valor
1. Gênero	0,835
2. Estado Civil	0,108
3. Cidade	0,051
4. Procedência	0,145
5. Profissão	0,842
6. Renda Familiar	0,708
7. Escolaridade	0,935
8. Bebe?	0,444
9. Fuma?	0,531
10. Dificuldades em entender o esquema terapêutico	0,019
11. Se sim, quais?	0,554
12. Qual o efeito colateral da TARV que mais o incomoda?	0,168
13. Presença de dislipidemias	0,752
14. Presença de diabetes mellitus	0,041
15. Prática regular de exercícios físicos regularmente	0,815
16. Comparecimento regular às consultas com nutricionista	0,781
17. Seguir corretamente orientações alimentares para controle da Lipodistrofia e das dislipidemias	0,919
18. Sabe o que é Lipodistrofia?	0,352
19. A Lipodistrofia interfere na adesão à TARV?	0,016
20. Conhecimento da importância da adesão à TARV no seu tratamento e evolução clínica	0,021
21. Conhecimento do que significa “Grupo de Adesão”	0,937
22. Participação das reuniões e atividades do Grupo de Adesão	0,744

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular; TARV = terapia antirretroviral.
Fonte: URE DIPE, 2013.

Para testar a correlação entre as respostas do questionário em relação aos grupos foi realizado o Teste de Kruskal-Wallis, o qual demonstrou que quando havia diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$) essa resposta era decisiva para a diferenciação dos mesmos, conforme demonstrado acima no Quadro 3.

Na Tabela 7 está descrita a distribuição de frequência das variáveis com resultados estatísticos significativos ($p < 0,005$) para a adesão à TARV, a partir da Análise de Variância em relação aos grupos de suspensão do tratamento (Teste de Kruskal-Wallis).

Observa-se que a dificuldade em entender o esquema terapêutico ($p = 0,019$), a presença de diabetes mellitus ($p = 0,041$), a presença de SLHIV ($p = 0,016$) e o conhecimento da importância da adesão à TARV no seu tratamento e evolução clínica ($p = 0,021$) foram considerados como os pontos cruciais que definiram o perfil de adesão à TARV na população estudada.

A maioria dos entrevistados não relatou dificuldades em entender o esquema terapêutico (69,35%); contudo, com o desdobramento da variável percebeu-se que a principal dificuldade estava, segundo relato dos pacientes que tiveram dificuldades (30,65%), em entender o horário da administração dos medicamentos (16,94%) ou da dosagem e horário de forma concomitante (13,71%) (Tabela 8).

A Figura 11 apresenta os resultados relativos à presença ou não de dificuldades em entender o esquema terapêutico. Pode ser observado que esta variável apresenta uma correlação estatística altamente significativa nos grupos, com valor de $p = 0,019$, ou seja, o fato de o paciente não entender o esquema terapêutico interfere na adesão ao tratamento com os ARV. A razão encontrada em relação à presença ou não de dificuldades foi: grupo AN foi de 2,43 não para 1 sim; ANN - 1,3 não para 1 sim; grupo AI foi 1,45 não para 1 sim e AR - 7,75 não para 1 sim.

A Figura 12 apresenta os resultados relativos à presença ou não de DM entre os pacientes com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV em HIV na URE-DIPE. Na análise dos grupos percebeu-se que AN, ANN e AI apresentaram diferença expressiva na frequência de resposta “não” quando relacionados à resposta “sim”, conforme mostra o gráfico: 13:0; 8:0 e 32:1 respectivamente.

Contudo, no grupo AR percebe-se a relação 20:5 (4:1), ou seja, a cada quatro pacientes que negam a presença de DM, um confirma ser portador da doença. A análise de variância mostra que o DM tem uma discreta significância estatística para a adesão ao tratamento; uma vez que, o valor de $p = 0,041$.

Tabela 7 – Distribuição de frequência das variáveis com resultados estatísticos significativos ($p < 0,005$) para a adesão à TARV, por grupos, a partir da Análise de Variância (Teste de Kruskal-Wallis).

Variáveis significantes	p valor	n (%)	
		Sim	Não
1. Dificuldades em entender o esquema terapêutico	0,019	Sim	Não
NA		7 (5,64)	17 (13,71)
ANN		7 (5,64)	9 (7,26)
AI		20 (16,13)	29 (23,39)
AR		4 (3,23)	31 (25,00)
Subtotal		38 (30,64)	86 (69,36)
2. Presença de diabetes mellitus	0,041	Sim	Não
NA		0 (0)	13 (10,48)
ANN		0 (0)	8 (6,45)
AI		1 (0,81)	32 (25,81)
AR		5 (4,03)	20 (16,13)
Subtotal*		6 (4,84)	73 (95,16)
3. A Lipodistrofia interfere na adesão à TARV?	0,016	Sim	Não
NA		4 (3,22)	20 (16,13)
ANN		2 (1,61)	14 (11,30)
AI		1 (0,81)	48 (38,71)
AR		0 (0,00)	35 (28,22)
Subtotal		7 (5,64)	117 (94,36)
4. Conhecimento da importância da adesão à TARV no seu tratamento e evolução clínica	0,021	Sim	Não
NA		15 (12,10)	9 (7,26)
ANN		12 (9,68)	4 (3,22)
AI		40 (32,26)	9 (7,26)
AR		33 (26,61)	2 (1,61)
Subtotal		100 (80,65)	24 (19,35)
Total Geral	-	124 (100,00)	

* Foram analisados somente 79 prontuários, pois não foi possível a análise de 45 indivíduos por não haver informação sobre o diagnóstico de DM em seus prontuários.

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular;

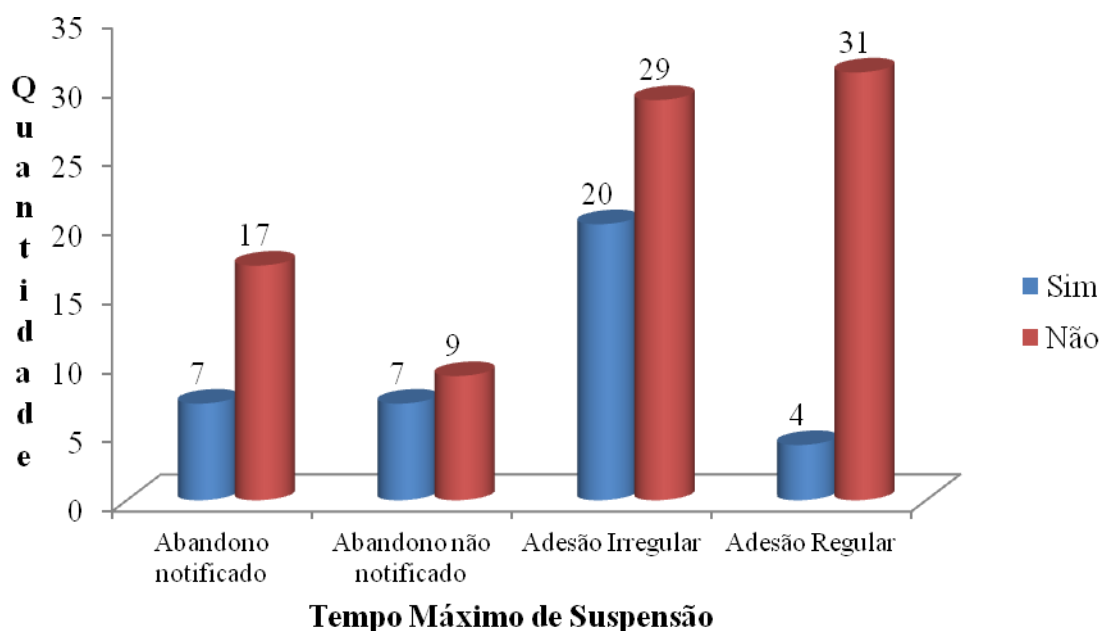
TARV = terapia antirretroviral. n = número de amostras

Fonte: URE DIPE, 2013.

Tabela 8 – Distribuição percentual quanto à dificuldade de entender o esquema terapêutico, horários ou doses da TARV.

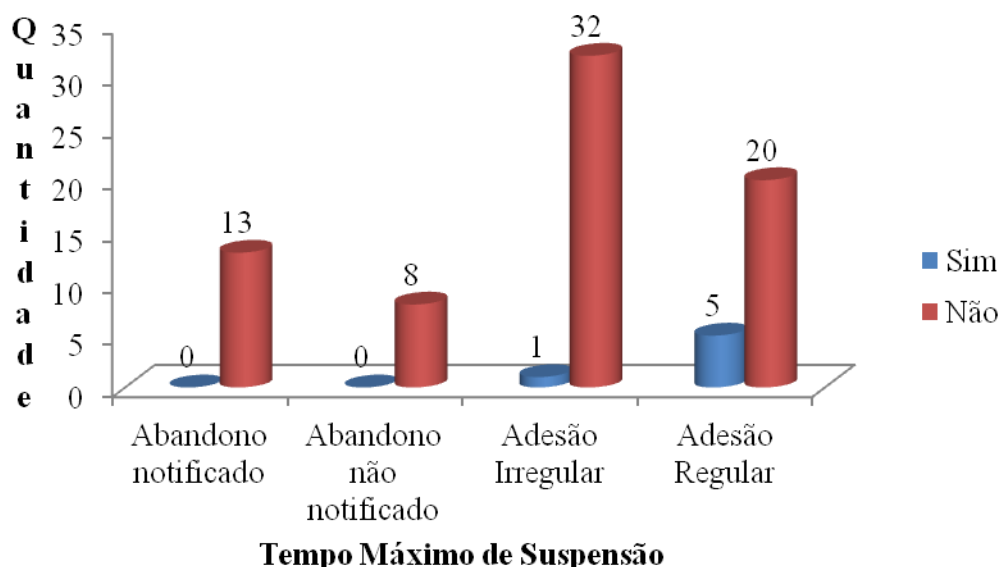
	N	%
Dificuldade de entendimento		
1. Do esquema terapêutico		
Sim	38	30,65
Não	86	69,35
2. Das doses e/ou horários		
Sem dificuldades	86	69,35
Doses	0	0
Horários	21	16,94
Doses e horários	17	13,71
Total Geral	124	100,00

Fonte: URE DIPE, 2013.



Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 11 – Relação do tempo máximo da suspensão da TARV e a dificuldade em entender o esquema terapêutico.



Fonte: URE DIPE, 2013.

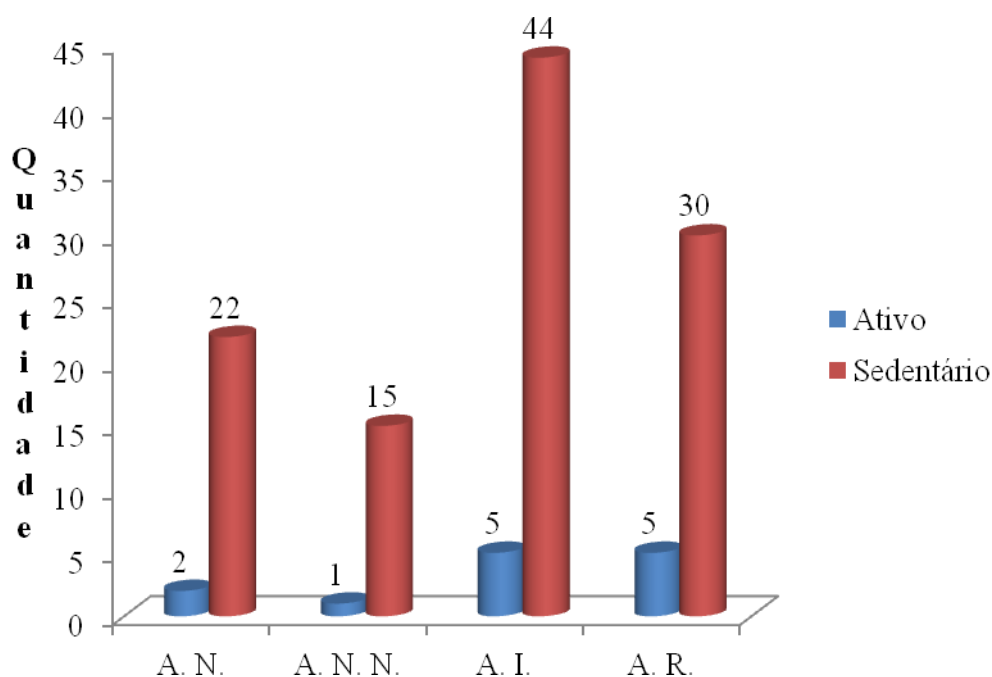
Figura 12 – Relação entre o tempo máximo de suspensão da TARV e a presença de Diabetes mellitus.

4.3 Relação entre a prática de exercícios físicos e a orientação dietética com o perfil de adesão ou abandono à TARV

A Figura 13 mostra a prática de exercícios físicos entre os pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, onde observou-se um número expressivo (111 = 89,52%) de pacientes dos quatro grupos que não realizam atividades físicas, apesar de ser uma das recomendações de controle e tratamento das alterações provocadas pela SLHIV.

No grupo AN, 22 pacientes são sedentários e dois são ativos. No grupo ANN, 15 são sedentários e um é ativo. No grupo de pacientes com adesão irregular (AI), 44 informaram sedentarismo e cinco se disseram ativos. E, finalmente, no grupo AR, 30 não fazem exercícios físicos, somente cinco o fazem.

Pela análise de variância (vide Quadro 3), observou-se que não há uma associação estatística significativa entre a prática de exercícios físicos e o processo de abandono e de adesão irregular ($p=0,815$) entre os participantes da pesquisa.



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 13 – Relação entre prática de atividades físicas e às categorias de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Com relação ao comparecimento às consultas com a nutricionista, observou-se que a maioria, 101 pacientes (81,45%), não comparece ao serviço para controle e orientação dietética. No grupo AN, 20 pacientes (16,13%); no ANN, 13 (10,48%); no AI, 41 pacientes (33,06%) e no grupo AR, 27 pacientes (21,77%) nunca compareceram ao serviço. Enquanto que somente 1 usuário no grupo AN e 1 no ANN, 5 no AI e 5 no AR fazem controle regularmente com a nutricionista. Nos grupos AN, AI e AR 3 pacientes de cada grupo comparecem eventualmente; assim como, apenas 2 no grupo ANN. Contudo, a análise de variância demonstrou que esta variável não apresentou associação estatística significativa com o abandono e adesão dos participantes da pesquisa ($p = 0,781$).

O Quadro 4 demonstra os motivos pelos quais, os participantes da pesquisa não compareceram, ou o fizeram apenas de forma eventual, às consultas com os nutricionistas para receberem as devidas orientações dietéticas, com o objetivo de minimizar os efeitos da SLHIV no organismo dos pacientes em uso de TARV. Observou-se que a maioria dos entrevistados alegou desinteresse (35 = 31,25%) ou achava absolutamente desnecessário (39 = 34,82%) comparecer ao serviço para realizar acompanhamento nutricional. Esses motivos, conjuntamente, correspondem a 74 (66,07%) dos entrevistados.

Quadro 4 – Relação entre as respostas “por que não comparece à consulta com a nutricionista?” e às categorias de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Motivo alegado	Categorias de suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
Abandonou o tratamento	1	-	-	-	1
Alcoolismo	-	1	-	-	1
As dietas são inacessíveis	1	-	-	1	2
Demora excessiva	-	-	1	-	1
Desconhecimento	-	2	3	3	8
Desinteresse	7	4	13	11	35
Desnecessário	9	4	15	11	39
Dificuldade de locomoção	1	-	-	-	1
Dificuldade de financiamento	-	-	1	1	2
Excesso de burocracia	-	-	1	-	1
Falta de tempo	2	2	6	3	13
Não foi encaminhado	2	1	4	-	7
Não respondeu	-	1	-	-	1
Total	23	15	44	30	112

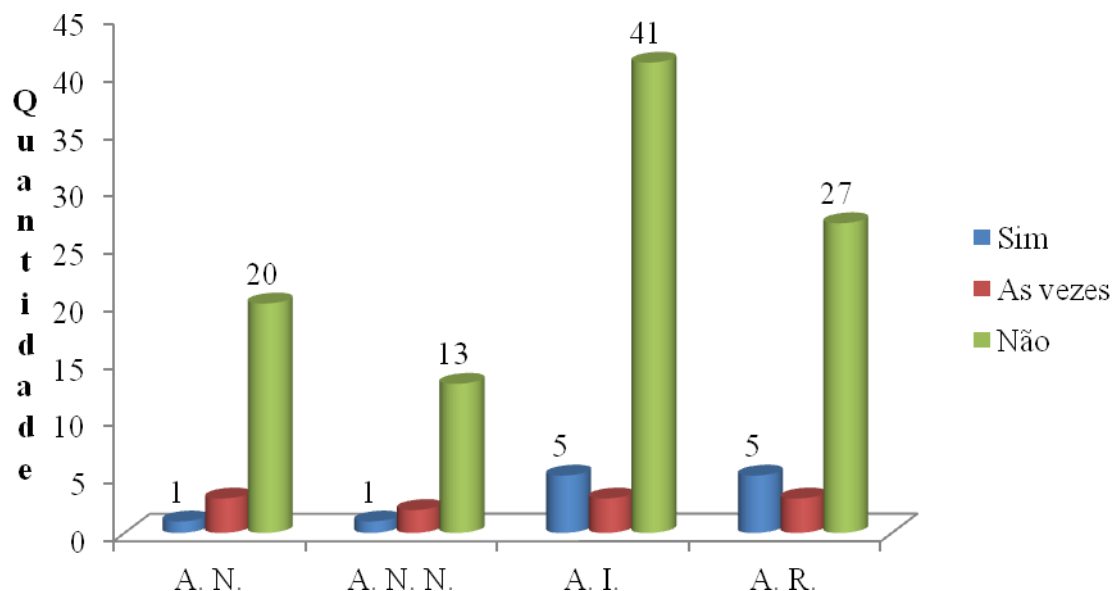
AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular

Fonte: URE DIPE, 2013.

Considerando-se os grupos investigados, percebeu-se que em relação ao motivo desinteresse, o resultado ficou assim distribuído: AN=7 (6,25%), ANN=4 (3,57%), AI=13 (11,61%) e AR=11 (9,82%). Em relação ao motivo achar desnecessário, seguiu-se o quadro: AN=9 (8,03%), ANN=4 (3,57%), AI=15 (13,39%) e AR=11 (9,82%). Portanto, uma diferença discreta para mais no grupo de adesão irregular. Contudo, a análise de variância revelou não haver associação estatística significativa entre essa variável e o abandono/adesão irregular dos entrevistados; uma vez que p valor foi igual a 0,781.

Dentre os 124 pacientes entrevistados, 115 (92,74%) responderam que não seguem corretamente as orientações alimentares até por não comparecerem às consultas com as nutricionistas (Figura 14). Nos grupos, observou-se a seguinte distribuição: AN = 23 não: 1 sim; ANN = 15 não: 1 sim; AI = 45 não: 4 sim e AR = 32 não: 3 sim. Apesar da maioria absoluta desses pacientes confirmarem suas ausências no serviço de nutrição; e, portanto, não seguirem nenhuma orientação dietética, observou-se que o resultado da análise de variância mostrou não haver associação estatística significativa entre essa variável e o abandono e

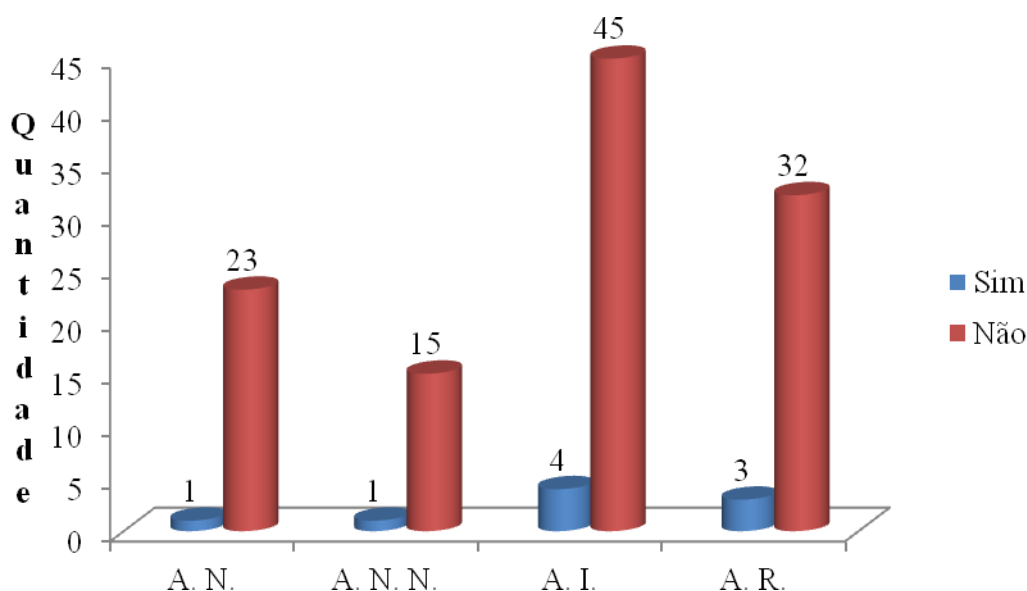
adesão irregular ao tratamento com os ARV; uma vez que o valor de p correspondeu a 0,919 (Figura 15).



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular

Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 14 – Relação entre a variável “comparecer às consultas com nutricionista” e o tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular

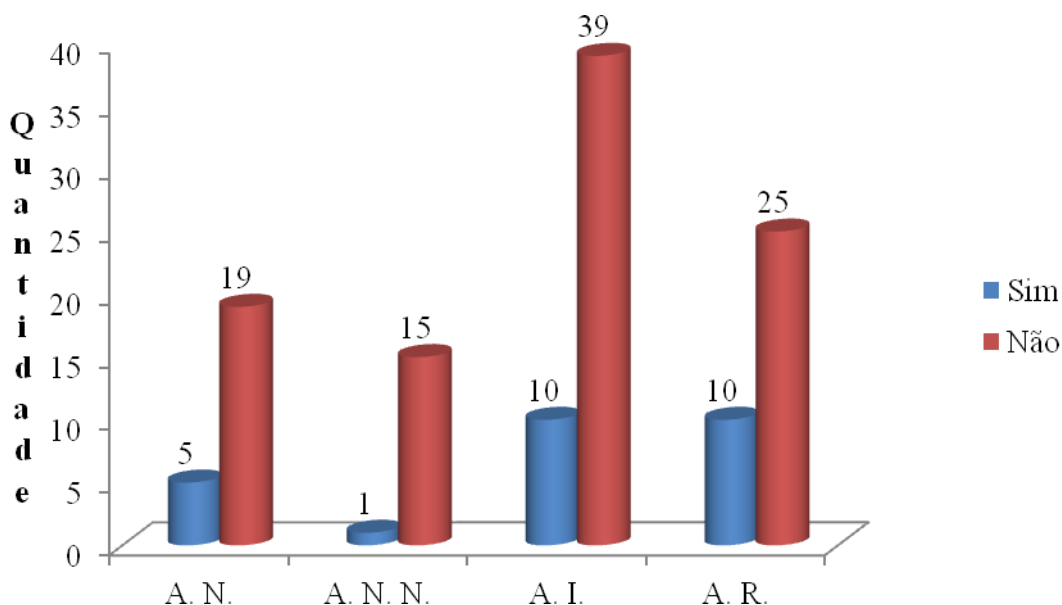
Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 15 – Relação entre a obediência correta das orientações alimentares e o tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

4.4 A relação entre a SLHIV e a adesão à TARV

Na Figura 16, a distribuição por frequência demonstra que a maioria (98 = 79,03%) dos pacientes informou desconhecer o que é lipodistrofia, havendo predominância no grupo de adesão irregular com 39 pacientes, o que corresponde a 31,45% dos entrevistados. Nos demais grupos também houve alta incidência de desconhecimento, seguindo a tendência do AI, com a seguinte distribuição: AN=19 não e 5 sim; ANN=15 não e 1 sim e o AR=25 não e 10 sim.

Entretanto, apesar da tendência expressada pela distribuição de frequência, a análise de variância demonstra que não há correlação estatística dessa variável com o processo de abandono e adesão irregular dos pacientes; em virtude do valor de p ser igual a 0,352.



AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 16 – Relação entre “Saber o que é lipodistrofia” e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Dentre os 124 entrevistados, somente 26 (20,97%) realmente souberam dizer o que significava lipodistrofia. Questionados quanto à origem da informação sobre o efeito adverso em questão, constatou-se que apenas 12 (46,15%) a receberam na URE, com a seguinte distribuição: AI=4, AR=7 e ANN=1. Enquanto que 8 (30,77%) pesquisaram na internet; e assim distribuídos nos grupos com AI=5, AR=2 e AN=1 (Quadro 5).

Quadro 5 – Fonte da informação sobre lipodistrofia em relação à adesão ou abandono à TARV, em pacientes de HIV/aids com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Fonte da informação sobre lipodistrofia	Tempo máximo de suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
GAPA	1	-	-	-	1
Internet	1	-	5	2	8
Manual	-	-	1	-	1
Não lembra	-	-	-	1	1
ONG	1	-	-	-	1
Outra instituição	1	-	-	-	1
Pesquisa	1	-	-	-	1
Unidade	-	1	4	7	12
Total	5	1	10	10	26

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

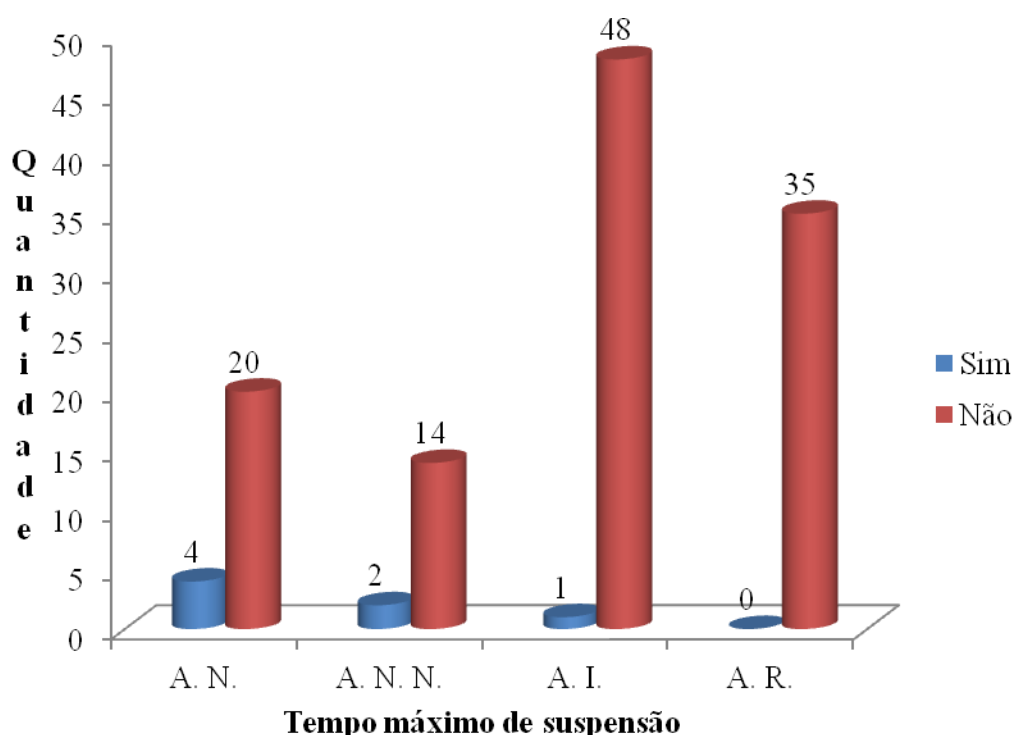
O quadro 6 demonstra que a maioria dos entrevistados (71=57,26%) referiu que as alterações provocadas pela SLHIV não interferem em sua qualidade de vida e nas atividades da vida diária, com a seguinte distribuição nos grupos: AN= 15, ANN= 7, AI= 31 e AR= 18. Os dados mostram ainda que, 28 entrevistados (22,58%) sofrem constrangimento, provocados por essas alterações.

Quadro 6 – Relação entre Interferência das alterações provocadas pela lipodistrofia nas atividades da vida diária e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

De que forma as alterações provocadas pela lipodistrofia interferem em sua qualidade de vida e nas suas atividades da vida diária?	Tempo máximo de Suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
Baixa autoestima	1	3	5	5	14
Constrangimento	6	6	6	10	28
Dificulta as atividades	-	-	1	1	2
Discriminação	-	-	2	-	2
Não interferem	15	7	31	18	71
Não sabe	1	-	1	-	2
Não respondeu	-	-	1	-	1
Prejudicou as relações afetivas	-	-	2	1	3
Prejudicou as relações profissionais	1	-	-	-	1
Total	24	16	49	35	124

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

A Figura 17 mostra que a presença de lipodistrofia (SIM) é maior entre os pacientes que abandonam, pois de cada 20 pacientes que abandonam (AN) (1:5), quatro consideram a lipodistrofia importante motivo de interferência na adesão ao tratamento com os ARV. Com relação aos que abandonaram o tratamento, mas não foram notificados, a proporção é de 1:7. Entre os que aderem irregularmente, a proporção é de 1 em cada 48 pacientes (1:48); havendo portanto, significância estatística entre essa variável e o abandono do tratamento dos pacientes entrevistados ($p = 0,016$).



Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 17 – Relação entre Interferência da lipodistrofia na adesão ao tratamento e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Considerando-se a totalidade dos pacientes que responderam sim à interferência da Lipodistrofia na adesão ao tratamento, observou-se que 3 indivíduos (42,86%) tinham “vergonha” das alterações presentes em seus corpos, provocadas pela lipodistrofia; tornando-se assim, o principal motivo da suspensão da TARV.

Contudo, ao estudar os grupos, nota-se que 4 (57,14 %) dos entrevistados pertencem ao grupo AN, onde 2 deles referem sentir embaraço em virtude das modificações corporais sofridas; assim como, 2 do grupo de ANN (vide Quadro 7).

Quadro 7 – Relação entre Se sim, de que forma interfere e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Se sim. De que forma interfere?	Tempo máximo de suspensão			Total
	AN	ANN	AI	
Baixa autoestima	-	-	1	1
Ficou muito feia	1	-	-	1
Não quer ficar deformado	2	-	-	2
“Vergonha” das modificações corporais	1	2	-	3
Total	4	2	1	7

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
Fonte: URE DIPE, 2013.

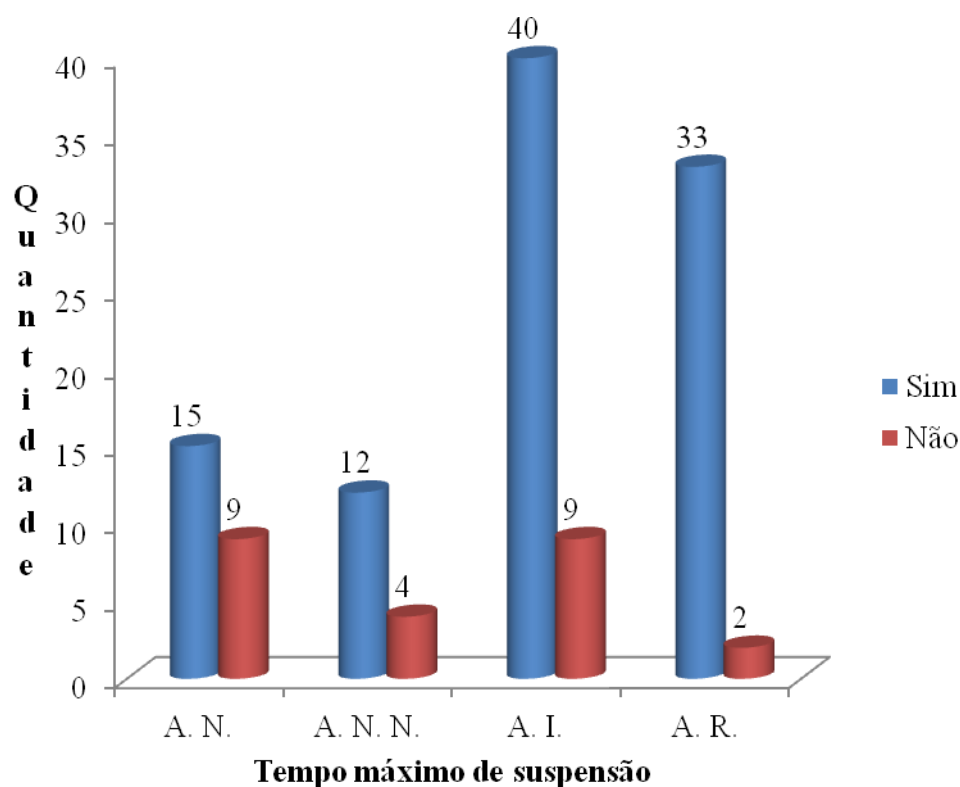
A Figura 18 mostra que a maioria (80,64%) dos pacientes entrevistados conhece a importância da adesão ao tratamento.

No grupo AN observou-se que para cada 15 pacientes que responderam sim (conhecem a importância), 9 responderam não, estabelecendo uma relação de 1: 1,67.

No grupo ANN, a razão é de 1:3, o que demonstra que existe significância estatística entre esta variável e o tempo de suspensão do tratamento, uma vez que o valor de $p = 0,021$.

No quadro 8 observou-se que dos 100 participantes que afirmaram conhecer a importância da adesão ao tratamento, 44 apontam o aumento da sobrevida e a melhora da saúde (22 pacientes= 22% cada) como os principais benefícios alcançados com o uso correto da TARV, seguidos de 18 pacientes (18%) que mencionaram a melhora da qualidade de vida como o maior benefício obtido.

Na distribuição por grupos, AI (12= 12% => melhora da saúde); AN e ANN (4 pacientes cada= 4% => aumento da sobrevida) seguiram esta tendência.



Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 18 – Relação entre “Conhecer a importância da adesão ao tratamento” e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

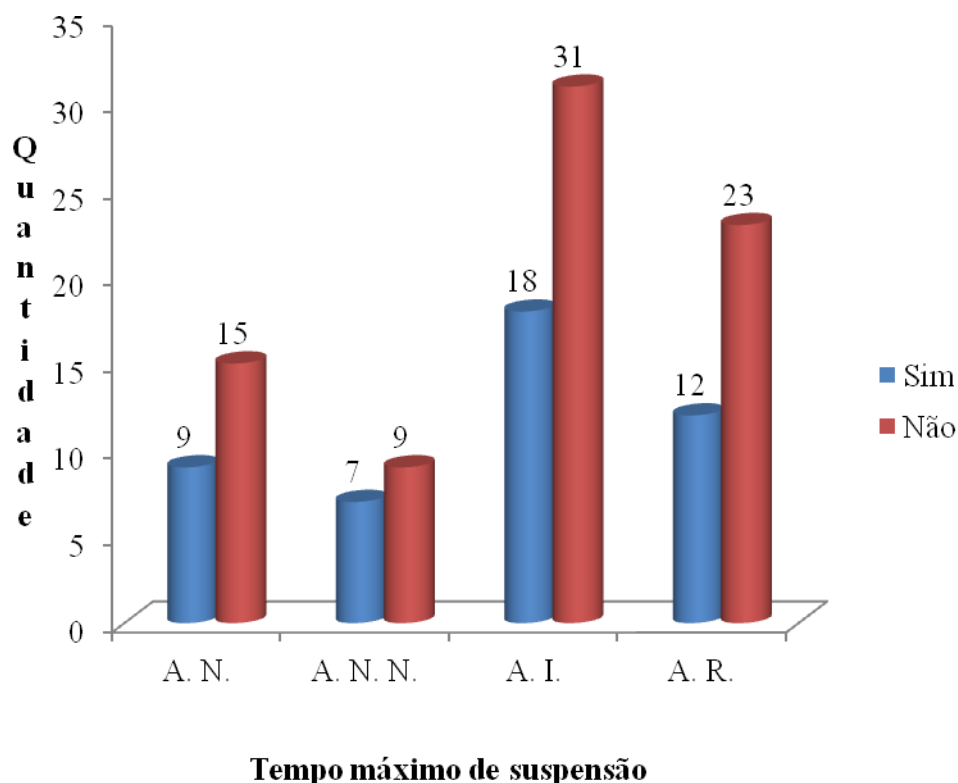
Quadro 8 – Relação entre Se sim, cite os benefícios e Tempo máximo de suspensão, da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Se sim, cite os benefícios da adesão aos ARV:	Tempo máximo de suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
Aumento da sobrevida	4	4	8	6	22
Diminuição da CV	4	3	4	3	14
Evitar as doenças oportunistas	-	-	4	4	8
Impedir o agravamento da doença	-	-	-	1	1
Melhora da qualidade de vida	3	1	5	9	18
Melhora da saúde	2	1	12	7	22
Melhora o sistema imunológico	2	3	7	3	15
Total	15	12	40	33	100

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Dentre os 124 pacientes entrevistados a maioria 78 (62,90%) respondeu que não sabe o que significa Grupo de Adesão, sendo o grupo AI o que apresentou maior incidência dessa resposta, com 31 pacientes (25%). Nos demais grupos também o desconhecimento sobre

Grupo de Adesão predominou: AN=15 (12,1%); ANN= 9 (7,26%); AR= 23 (18,55%). Todavia, não houve significância estatística entre saber o significado de Grupo de Adesão e suspensão do tratamento ($p=0,937$) (Figura 19).



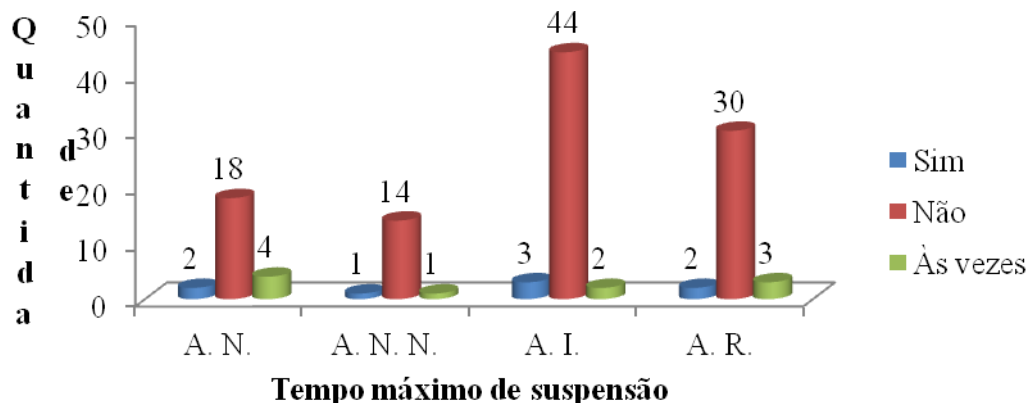
Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 19 – Relação entre Saber o que significa “Grupo de adesão” e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

A Figura 20 evidencia que 106 dos 124 pacientes, ou seja, 85,48%, não participavam das reuniões do grupo de adesão. Essa tendência foi observada em todos os grupos AN= 18 (14,52%); ANN= 14 (11,29%); AI= 44 (35,48%) e AR= 30 (24,19%).

Na comparação entre os grupos, verificou-se que o maior índice encontrava-se no grupo de Adesão Irregular, com um percentual significativo de pacientes que não participavam das atividades do grupo de adesão da Unidade.

Contudo, a análise estatística não mostrou significância; uma vez que, o valor de $p=0,744$.



Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 20 – Relação entre Participar de reuniões do “Grupo de adesão” e Tempo máximo de suspensão da TARV, em pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

A maioria dos pacientes (72 = 58, 06%) apontou o desconhecimento sobre o Grupo de Adesão como o principal motivo para as ausências nas reuniões, seguido de 16 pacientes (12,90%) que indicou o desinteresse como causa.

Ao comparar os grupos observou-se uma relação de 1,43:1 entre os grupos AI (30= 24,19%) e AR (21= 16,93%) respectivamente na opção desconhecimento (Quadro 9).

Com relação à variável “o que você espera do grupo de adesão”, a maioria dos entrevistados (82= 66,13%) respondeu que não sabe, demonstrando desconhecimento quanto ao trabalho do grupo de adesão.

Quando comparados os grupos observou-se a seguinte distribuição para a mesma resposta: AN= 17 (13,71%), ANN= 8 (6,45%), AI= 33 (26,61%) e AR= 24 (19,35%). Numa proporção de 1,37:1 nos grupos AI e AR respectivamente (Quadro 10).

Foi aplicada a técnica de Análise Discriminante nas variáveis referentes ao item "avaliação das condições de vida” dos pacientes, cujo resultado está plotado na Tabela 9, que mostra os percentuais de classificações corretas obtidos.

Observa-se que do total de 24 casos de Abandono Notificado (AN) apenas 25% dos entrevistados possuem perfil socioeconômico compatível com abandono.

No grupo ANN, o de maior índice, do total de 16 casos, 50% atenderam às características inerentes ao abandono não notificado.

Do total de 49 casos de Adesão Irregular (AI), somente 22% apresentou perfil com características totais do grupo e do total de 35 casos de Adesão Regular (AR), 46% apresentaram perfil compatível com os do grupo.

Portanto, o perfil socioeconômico não interfere na adesão ao tratamento; uma vez que, todos os grupos apresentaram baixo poder discriminatório, com um percentual de casos corretamente classificados atingindo uma média de apenas 33,1%, considerando-se que o percentual ideal é acima de 60%, ou seja, os grupos permanecem sem um perfil discriminatório que demonstre claramente as variâncias e diferenças entre eles.

Quadro 9 – Relação entre “Principal motivo das ausências nas reuniões do Grupo de Adesão” e Tempo máximo de suspensão, referente aos pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

Principal motivo das ausências:	Tempo máximo de suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
Abandonou o tratamento	1	-	-	-	1
Desconhecimento	13	8	30	21	72
Desinteresse	4	4	5	3	16
Dificuldade financeira para deslocamento	-	1	1	3	5
Falta de tempo	3	1	6	4	14
Mora distante	-	-	1	-	1
Não foi convidado	-	-	1	-	1
Não gosta de participar de grupos	-	-	-	1	1
Para não se expor	-	-	1	-	1
Perda de tempo	1	2	2	1	6
Total	24	16	49	35	124

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Quadro 10 – Relação entre “O que você espera da equipe que compõe” o Grupo de Adesão e Tempo máximo de suspensão, referente aos pacientes de HIV/aids, com diagnóstico ou sinais sugestivos de SLHIV, realizado na URE DIPE, no ano de 2013.

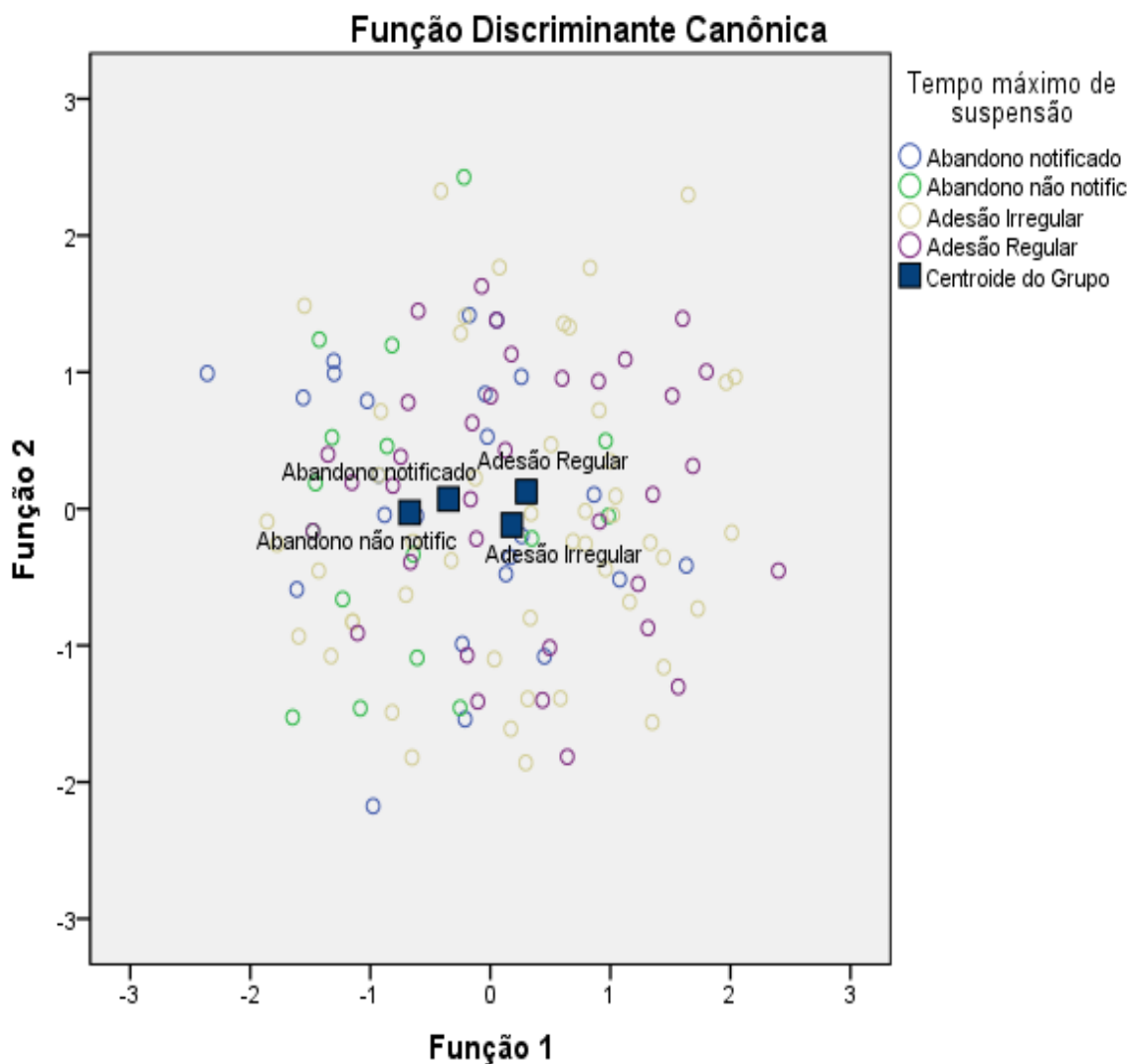
O que você espera da equipe que compõe o Grupo de Adesão?	Tempo máximo de suspensão				Total
	AN	ANN	AI	AR	
Apoio psicológico	1	-	3	-	4
Cesta básica	-	-	1	-	1
Conforto ao paciente	1	-	-	-	1
Encaminhamento para tratamento	-	-	-	1	1
Estimular relatos de experiência pelos pacientes	-	-	1	-	1
Informações mais consistentes e realistas	-	-	1	-	1
Informações sobre os direitos do pacientes	-	-	1	-	1
Integração da equipe	1	-	-	-	1
Integração entre equipe e pacientes	1	-	-	-	1
Integração social	1	-	-	-	1
Melhorar a adesão	-	-	-	1	1
Melhorar a autoestima	-	-	1	-	1
Não soube responder	17	8	33	24	82
Não espera nada	1	2	4	1	8
Orientações sobre a doença	3	3	5	6	17
Treinamento p uso da medicação	-	1	-	-	1
Troca de experiência entre pacientes	-	-	-	1	1
Total	26	14	50	34	124

AN = abandono notificado; ANN = abandono não notificado; AI = adesão irregular; AR = adesão regular
 Fonte: URE DIPE, 2013.

Tabela 9 – Resultados Análise Discriminante tendo como variável resposta “Tempo máximo de suspensão” e como variáveis predictoras o perfil socioeconômico.

Grupo Verdadeiro	Grupo Previsto (%)								Total	
	Abandono notificado		Abandono não notificado		Adesão Irregular		Adesão Regular			
Abandono notificado	6	25%	6	25%	6	25%	6	25%	24	100%
Abandono não notificado	3	19%	8	50%	1	6%	4	25%	16	100%
Adesão Irregular	4	8%	14	29%	11	22%	20	41%	49	100%
Adesão Regular	6	17%	6	17%	7	20%	16	46%	35	100%

Fonte: URE DIPE, 2013.



Fonte: URE DIPE, 2013.

Figura 21– Mapa Territorial

Para se avaliar o padrão de agrupamento dos quatro grupos (AN, ANN, AI e AR) foi realizada a análise de Função Discriminante Canônica criando-se o mapa territorial (Figura 21), cujo resultado mostra os centroides dos quatro grupos muito próximos entre si e uma dispersão intensa e significativa dos elementos que compõem os quatro grupos, onde os pacientes tiveram os seus perfis distribuídos, de acordo com a característica de cada grupo.

A variação ideal seria que os centroides estivessem dispersos entre si e seus componentes (indivíduos), o mais agregado possível, ao centroide representante de seu grupo.

Percebe-se, portanto, que as características delineadas não são suficientes para discriminar indivíduos da população analisada nos quatro grupos e que apenas um percentual pequeno de cada grupo tem características bem definidas da sua categoria.

Os demais têm características fortes dos outros grupos, havendo a possibilidade de indivíduos migrarem de uma classe para outra a qualquer momento.

Quadro 11 – Estudo comparativo entre cada variável do grupo de adesão regular em relação aos grupos de abandono notificado, abandono não notificado e adesão irregular.

Variáveis	Teste	p valor	Análise
Idade	T	0,804	NS
Gênero	QQ	0,827	NS
Estado civil	G	0,325	NS
Cidade	G	0,448	NS
Procedência	QQ	0,232	NS
Profissão	G	0,852	NS
Renda Familiar	G	0,334	NS
Escolaridade	G	0,837	NS
Bebe	QQ	0,867	NS
Fuma	G	0,813	NS
Dificuldades entender	QQ	0,0071	AS
Suspensão tratamento	F	< 0,001	AS
Efeito Colateral	G	0,873	NS
Prática exercícios físicos	F	0,515	NS
Seguir orientações alimentares	F	0,709	NS
Conhecer Lipodistrofia	QQ	0,290	NS
Interferência Lipodistrofia	F	0,110	NS
Conhecer import. adesão	F	0,021	S
Conhecer "Grupo de adesão"	QQ	0,842	NS
Participar de reuniões grupo de apoio	G	0,974	NS

t = Teste T de Student

QQ = Qui Quadrado

G = Teste G

F = Teste exato de Fisher

NS = não significante

AS = altamente significante

S = significante

O quadro 11 apresenta o estudo comparativo realizado em cada variável do grupo de Adesão Regular (AR) em relação aos demais grupos: Abandono Notificado, Abandono Não Notificado e Adesão Irregular (AN, ANN e AI respectivamente).

As variáveis “Conhecer a importância da adesão ao tratamento”, “Dificuldades em entender o esquema terapêutico” e “Suspensão do tratamento por iniciativa própria” também demonstraram alta significância estatística entre o grupo AR e os demais grupos.

5 DISCUSSÃO

A análise das variáveis relacionadas aos dados pessoais e socioeconômicos (gênero, estado civil, cidade, procedência, profissão, renda familiar e escolaridade) revelou que estas não foram discriminantes para o abandono da terapia antirretroviral, tampouco significativos no processo de adesão; uma vez que, ambos apresentaram p valor $>0,05$. Associação similar foi encontrada nos estudos de Gomes *et al.* (2009), Carrieri *et al.* (2006) e de Guimarães (2007), com discordância neste, apenas quanto à escolaridade, onde a maioria dos participantes tinha oito anos completos ou mais de estudo.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes era solteira; assim como, os resultados encontrados na pesquisa realizada por Guimarães (2007), Soares (2011) e Zambrini (2011). Encontrou também a relação de gênero de 1,66 homens para 1 mulher, seguindo a tendência nacional à feminização entre pessoas vivendo com HIV/aids. Araújo *et al.* (2011) afirmam que a pandemia de HIV/aids, ao longo dos anos, vem sofrendo um fenômeno conhecido como “feminização, pauperização e interiorização”. A razão de gênero vem diminuindo, passando de 15 homens para 1 mulher em 1980, para 1,5 homens por mulher em 2006 (Araújo *et al.*, 2011). Cabe destacar que entre 2000 e 2004 houve uma inversão da razão de gênero, sendo de 0,9 casos em homens por cada caso em mulheres. Em 2010, o Brasil apresentou razão de gênero de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2012).

Com relação à pauperização, observou-se que a renda familiar da maioria dos participantes (menor ou igual a um salário mínimo) difere da encontrada no estudo de Fonseca (2012) e Soares (2011), que se localizou entre um e cinco salários mínimos na cidade de Uberaba (MG) e no Estado de São Paulo, respectivamente, provavelmente por se tratar de grandes centros urbanos, com características e índices de desenvolvimento humano diferenciados.

Estudos afirmam que uma única variável socioeconômica não caracteriza a situação de pobreza, por este motivo, foram estudadas diversas variáveis, ressaltando que o grau de escolaridade é à medida que mais se aproxima dos indicadores de pobreza utilizados (Araújo *et al.*, 2011). Esta investigação científica revelou que cerca de 41% dos pacientes entrevistados não conseguiu concluir o ensino fundamental, corroborando os resultados encontrados por Santa Helena *et al.* (2009); assim como, não evidenciou o processo de interiorização revelado no estudo de Araújo *et al.* (2011); uma vez que, a maioria dos participantes residia na capital, fato que não configurou significância para a adesão ao tratamento.

As variáveis “fazer uso de álcool” ou “ser tabagista” não se mostraram estatisticamente associados à ocorrência de abandono e/ou de adesão irregular. Fato este demonstrado em estudos realizados por Zambrini (2011) e Schilkowsky (2011), onde aproximadamente 83% dos pacientes, incluindo tanto fumantes quanto não fumantes, mantiveram o tratamento regular. No que concerne ao uso do álcool, os resultados deste trabalho diferem do estudo desenvolvido por Rego (2010), o qual mostra que foi encontrada associação positiva entre uso/abuso/dependência de álcool e baixa adesão/baixa supressão da carga viral/pior desfecho clínico em 18 (85,7%) artigos pesquisados pelo autor.

O mesmo observou-se com relação às variáveis como: efeito colateral que provoca maior desconforto, presença de dislipidemias, prática de exercícios físicos, acompanhamento nutricional e medidas de controle alimentar, o conhecimento sobre lipodistrofia, grupo de adesão e consequente participação de suas reuniões, ou seja, estas variáveis também não apresentaram significância estatística quando relacionadas ao abandono e à adesão ao tratamento com antirretrovirais.

Segundo Leite & Sampaio (2008), a presença de alterações bioquímicas foi significativamente influenciada pelo uso de HAART: altos níveis de colesterol ($p < 0,001$) e triglicerídeos ($p < 0,001$) foram observados, contrariando os resultados encontrados nesta pesquisa; uma vez que, no presente estudo, esta variável não apresentou significância estatística, apesar da relação entre o uso da TARV e alteração do metabolismo das gorduras no organismo humano.

O estudo desenvolvido por Leite & Sampaio (2008) mostrou que a maioria (92,0%) dos participantes relatou que não praticava nenhuma modalidade de esporte. Estes autores; assim como Signorini (2012), relatam que as intervenções nutricionais e estilo de vida são benéficos para as alterações metabólicas associadas com o uso de drogas antirretrovirais, e podem ser utilizados como estratégias úteis para reduzir o risco cardiovascular nesta população. Afirmam ainda, que a assistência interdisciplinar, incluindo especialidades afins, como médicos, psicólogos, nutricionais e outros, deve ser considerada e pode ser de extrema importância no controle dessas alterações.

Apesar da predominância da resposta negativa à prática de exercícios físicos pelos pacientes, neste estudo não houve associação estatística significativa entre a prática de exercícios físicos e o processo de abandono e adesão irregular. O exercício físico regular pode ser benéfico, tanto para as alterações metabólicas, como provavelmente também na redistribuição de gorduras central e intramiocelular e deve ser considerada para todos os pacientes infectados pelo HIV (JAIME, 2006).

Outro fator relevante, observado em 61,90% dos pacientes foi o sedentarismo, que associado às dislipidemias parece ser preditivo para as doenças cardiovasculares, ressaltando que as atividades físicas, nesses casos, também têm um importante papel na redução de peso, na diminuição de massa corpórea gorda, aumento de massa corpórea magra, redução da pressão sanguínea e aumento da sensibilidade à insulina, o que se traduz em redução de riscos para o indivíduo (SANCHES, 2008).

Quanto ao comparecimento ao setor de nutrição para avaliação, prescrição dietética adequada e controle do aumento de peso e das gorduras corporais localizadas, com o objetivo de minimizar os efeitos da lipodistrofia no organismo dos pacientes em uso de TARV, esta pesquisa demonstrou que aproximadamente 66% dos entrevistados não comparecia, ou o fazia de modo eventual, ao consultório de nutrição, dado que não retratou significância estatística ($p=0,781$) e, conseqüentemente, não seguia as orientações nutricionais para o controle e diminuição dos efeitos da lipodistrofia no organismo.

Dutra e Libonati (2008) apontam um estudo transversal realizado com pacientes de HIV em tratamento com HAART, no município de São Paulo, o qual concluiu que a obesidade destacou-se como o desvio do estado nutricional mais importante, superando a desnutrição, nessa população: A Organização Mundial de Saúde preconiza que as intervenções nutricionais façam parte de todos os programas de controle e tratamento da aids, pois a dieta e a nutrição podem melhorar a adesão e a efetividade da terapia antirretroviral.

Como o conhecimento da SLHIV é muito recente, ainda não há manejo clínico nutricional padronizado, mas sabe-se que as recomendações como alimentação saudável e aderência do paciente ao tratamento são muito importantes. Essa falta de conhecimento sobre a SLHIV não influenciou no processo de adesão e não apresentou significância estatística, $p=0,352$. Geocze *et al.* (2010) afirmam que a intervenção educacional melhora a adesão a HAART e o estado de saúde, particularmente quando realizada no começo do tratamento. Esse estudo verificou um aumento no nível de adesão após a intervenção educativa, mas não mostrou nenhum impacto significativo do ponto de vista estatístico sobre a qualidade de vida.

Na pesquisa realizada por Sanches (2008) a questão norteadora foi “Você sabe o que é Lipodistrofia?”. Somente 19 (22,61%) dentre os 84 participantes dessa pesquisa responderam a esta questão e 14 (73,68%) relacionaram a lipodistrofia somente às alterações na distribuição irregular das gorduras corpóreas; enquanto que, apenas 5 (26,31%) enfocavam as alterações nos níveis sanguíneos das gorduras. O resultado do estudo de Sanches (2008) é similar ao resultado do presente estudo.

Obteve-se resultado não determinante estatisticamente (p valor=0,937) para as variáveis “Você sabe o que significa Grupo de Adesão?” e “Você participa das reuniões e atividades do Grupo de Adesão?” Contudo, os resultados desta análise demonstraram que cerca de 62% dos participantes desconhecia o trabalho do grupo de adesão, com conseqüente ausência nas reuniões e atividades do grupo de adesão da URE DIPE.

A pesquisa realizada por Galvão *et al.* (2011) corrobora os resultados desta pesquisa de maneira qualitativa; uma vez que, mostra sem quantificar, o desconhecimento da maioria dos 330 pacientes participantes sobre a importância de um grupo de adesão. Para demonstrar a importância do grupo de adesão, os autores criaram 71 grupos de estudo em um hospital universitário de Fortaleza, constituído por várias categorias para avaliar a adesão desses pacientes. Concluíram que a constituição de equipes interdisciplinares (grupos de adesão) parece ser fundamental para a qualificação da assistência prestada, facilitando a abordagem adequada às dificuldades médicas e psicossociais de adesão à TARV em pessoas vivendo com HIV/aids.

Afirmam também, que diante dos registros da realização das atividades grupais, foi possível perceber que a maioria dos participantes vivencia diferentes desafios em relação ao cotidiano medicamentoso. Esses desafios ocorrem também devido ao desconhecimento do processo terapêutico, ou seja, a ineficiente atuação do grupo de adesão junto aos usuários do serviço.

Galvão *et al.* (2011) asseguram ainda, que as alterações causadas pela medicação ainda não são suficientemente compreendidas pelos indivíduos que necessitam do seu uso. Isto muitas vezes faz com que os pacientes sintam medo do desconhecido, cabendo ao profissional facilitador (grupo de adesão) prover os devidos esclarecimentos para o decorrer do processo terapêutico e relaciona tal fato ao desenvolvimento de falha terapêutica em cerca de 40% dos pacientes ainda nos primeiros seis anos de tratamento.

Gonçalves *et al.* (2012) afirmam que outros estudos apontam que 30 a 50% de pessoas em uso de terapia antirretroviral de alta potência (TARV) interrompem seu tratamento por conta própria, sendo um dos principais motivos, a falta de conhecimento e/ou falta de entendimento da evolução natural da infecção e dos objetivos da terapia, o que traduz a não participação ou participação insuficiente desses pacientes no grupo de adesão.

A abordagem da adesão em grupos é uma prática em saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte. Sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções

adequadas para problemas individuais e/ou coletivos, que estejam dificultando a adesão ao tratamento. (BRASIL, 2007a).

Dentre as variáveis aqui estudadas, apresentaram associação estatística significativa: a) Dificuldades de entender o esquema terapêutico; b) Presença de diabetes mellitus; c) Interferência da lipodistrofia na adesão ao tratamento com antirretrovirais e d) Conhecimento sobre a importância da adesão aos antirretrovirais para o tratamento e evolução clínica.

Os resultados encontrados por Gir *et al.* (2005) são condizentes aos aqui encontrados; uma vez que, desenvolveram um estudo envolvendo 200 indivíduos adultos em um hospital de ensino em Ribeirão Preto, onde os fatores de adesão irregular, apontados como “dificultadores” do tratamento, foram entre outros, em primeiro lugar (com 40% das respostas), as características dos comprimidos relacionados ao sabor, ao tamanho e à quantidade. Com 10,8% foram citados os diferentes horários das medicações, os quais conflitam com a rotina de vida do paciente, principalmente no trabalho e no lazer. Afirmam ainda que o foco da má-adesão está na dificuldade em entender o esquema terapêutico e de ingestão dos comprimidos, incluindo as doses.

Vários estudos realizados relatam que a complexidade do regime terapêutico, que inclui o número de doses e de comprimidos que precisam ser ingeridos diariamente; a forma de armazenamento, pois alguns medicamentos necessitam ser conservados em baixa temperatura; a dificuldade para ingestão, com medicamentos de tamanhos grandes e os horários das doses, podem conflitar com as rotinas e o estilo de vida, levando o paciente a apresentar certa dificuldade para entender o esquema terapêutico (BRASIL, 2008c).

A pesquisa realizada por Silva *et al.* (2009) demonstrou que 70% dos participantes apresentou problemas de não-adesão ou de adesão irregular em algum momento do tratamento; porém, os motivos diferem dos encontrados nesta pesquisa, pois apenas 2 participantes, ou seja, 20% referiu dificuldade em entender o esquema terapêutico.

Bonolo *et al.* (2007) mostraram que as variáveis relacionadas com a utilização de mais de 12 pílulas de ARV ao dia e a compreensão inadequada do tratamento, foram as mais citadas como fatores associados à não-adesão, principalmente nos pacientes em início da TARV.

A presença de diabetes mellitus também se revelou como uma variável discriminante para o abandono e prejuízo da adesão ao tratamento, com $p = 0,041$; contudo, esta associação não ficou bem estabelecida. É provável que esta relação seja decorrente do fato de que estes pacientes, em virtude de necessitarem de tratamentos concomitantes, com ingestão de um número maior de drogas/dia, tenham desenvolvido um processo de adesão irregular ou

abandono. Deve-se considerar, também, a possibilidade desse resultado ser devida a erro amostral, pois o valor p encontra-se limiar ao valor de corte 0,05.

Em pesquisa realizada por Silva *et al.* (2009) foram identificados como aspectos que dificultam a adesão ao medicamento antirretroviral, entre outros, a quantidade de medicamentos a ser ingerida, pois a complexidade do tratamento desfavorece a adesão a ele. Em outro estudo evidenciou-se que 20% dos participantes expressaram suas dificuldades em ter que manter a ingestão de vários comprimidos/dia, prejudicando a adesão, aparecendo o diabetes como fator determinante; porém, sem significância estatística. Pacientes relataram ingerir 23 comprimidos por dia, dentre eles os comprimidos hipoglicemiantes, o que dificultava a adesão ao tratamento (SANCHES, 2008). O estudo realizado por Wilson e Wolff (2012) demonstrou que na avaliação feita em 73 pacientes de HIV/aids que desenvolveram co-morbidades crônicas, aproximadamente 7% possui diabetes mellitus; porém, este resultado não influenciou no processo de adesão dos pacientes e não houve significância estatística.

Silva e Tavares (2009) realizaram uma pesquisa em um hospital universitário em Belém do Pará, onde se observou um número bastante expressivo de pacientes com Síndrome Lipodistrófica do HIV/aids e diagnóstico simultâneo de diabetes mellitus. Ressalte-se que a maioria (66,7%) dos pacientes apresentou índices glicêmicos normais. Apesar da alta prevalência de diabetes entre a população estudada, não houve significância estatística ($p > 0,05$).

Schilkowsky *et al.* (2011) afirmam que os achados da literatura em alguns estudos falam de uma taxa de não adesão ao tratamento de doenças crônicas da ordem de 40 a 50%, entre elas o diabetes mellitus. Essa não adesão se torna muito mais intensa nos pacientes com HIV/aids que desenvolveram a Síndrome Lipodistrófica e são portadores de diabetes.

Com relação à variável “De que forma as alterações provocadas pela lipodistrofia interferem em sua qualidade de vida e nas suas atividades da vida diária?”, a maioria dos pacientes entrevistados respondeu que não interferia (57,26%). Contudo, quando se particularizou a questão relacionada aos efeitos colaterais, observou-se que a lipodistrofia foi discriminante no processo de abandono e adesão ao tratamento com antirretrovirais ($p = 0,016$); uma vez que, as mudanças corporais prejudicam a autoimagem do paciente, provocando uma redução da qualidade de vida nesses indivíduos; e, conseqüentemente, determinam uma menor adesão ao tratamento, incorrendo muitas vezes em falha terapêutica (VALENTE, 2005).

O estudo de Souza Junior (2011) demonstrou associação estatística significativa ($p < 0,001$) com relação à presença da lipodistrofia. Mais de 60% dos pacientes relataram que

tinham algum tipo de efeito colateral ou reação adversa a um dos seus medicamentos antirretrovirais, 43,5% apresentavam sinais/sintomas de lipodistrofia. Dentre estes, 22% relataram que a lipodistrofia era o efeito que mais os incomodava. Entretanto, o estudo desenvolvido por Seidl e Machado (2008) com 21 pacientes, demonstrou que dezessete participantes (17=81%) disseram que sua adesão à medicação antirretroviral não sofreu modificações devidas à presença da lipodistrofia. Quatro (4=19%) entrevistados relataram que a adesão foi afetada, um dos quais disse que isso ocorreu apenas no momento inicial, logo após a descoberta da síndrome. Portanto, não influenciando no processo de abandono/adesão irregular da TARV, em discordância aos resultados encontrados por Souza Junior (2011).

Mesmo nos casos de adesão regular, quando os pacientes foram questionados quanto aos impactos psicológicos e os efeitos sobre a realização das atividades da vida diária, apesar de cem por cento (100%) dos pacientes apresentarem lipodistrofia, apenas 10 (47,6%) deles relataram impacto profundo na vida diária; porém, este fato não deflagrou nenhuma interrupção de tratamento por conta própria; mas dificultaram em muito a aceitação dessas modificações do corpo, as quais foram assim identificadas: percepção negativa da autoimagem; evitar contatos sociais; redução da autoconfiança; mudanças em estados de humor; sentimento de frustração diante da ausência de resultados satisfatórios e percepção negativa da autoestima.

Corless *et al.* (2005) verificaram em pesquisa feita com 165 pacientes, que a adesão aos antirretrovirais foi moderada, com uma pontuação média de 1,44 (desvio padrão [DP] + / - 1,33) na *Morisky Adherence Scale* (MMAS) . O MMAS é uma escala do tipo Likert que varia de 0-4, com "0" indicando muito aderente. Este achado indica que os participantes tomam seus medicamentos moderadamente bem, apesar de auto-relatos de um número significativo de modificações corporais de gordura relacionados com o tratamento e a presença das alterações, não afetam a rotina diária dos pacientes.

Segundo Sanches (2008) a magnitude do problema pode ser constatada na fala dos próprios pacientes, quando cogitam abandonar a terapia antirretroviral, em busca de um corpo mais harmônico; em virtude das mudanças corporais que são percebidas por outras pessoas e que os leva a evitar sair de casa, por temerem o reconhecimento pelas pessoas da estigmatizante “cara da aids”. Tanto que, em sua pesquisa, Sanches evidenciou que após o surgimento da lipodistrofia, 23 (57,50%) pacientes relataram que se sentem feios ou pouco atraentes com a nova forma do corpo, 18 (45%) evitam se olhar no espelho, 20 (50%) evitam sair de casa por medo de encontrar pessoas conhecidas e 7 (17,50%) consideram que as

alterações corporais são tão difíceis de suportar, que naquele momento, cogitavam interromper a terapia antirretroviral.

Na pesquisa realizada por Guaraldi *et al.* (2008) com 175 pessoas, 40 (23%) destes admitiram não adesão em virtude da lipodistrofia e as alterações por ela provocadas. Afirmam ainda, que as probabilidades de adesão irregular e não adesão para as pessoas com alterações morfológicas da lipodistrofia foi de 2,6 vezes mais elevado do que para as que ainda não possuem lipodistrofia. Concluíram que a adesão parece diminuir cada vez mais com o tempo de tratamento, justamente pela interferência no dia a dia dos pacientes.

O fator relacionado ao “Conhecimento sobre a importância da adesão aos antirretrovirais para o tratamento e evolução clínica” por parte dos pacientes entrevistados neste estudo, revela ter sido discriminante para o processo de adesão e abandono da terapia ($p = 0,021$).

Os estudos realizados por Lav *et al.* (2010) nos hospitais *Lok Nayak Jai Prakash* (LNJP) e *All India Institute of Medical Sciences* (AIIMS) mostraram que no LNJP, a adesão irregular foi de 53%; enquanto no AIIMS foi de apenas 10%. Os resultados do presente trabalho se mostram similares, pois em ambos, a irregularidade no tratamento foi motivada, principalmente, pela falta de orientação e informação aos pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento com os antirretrovirais.

Os participantes do trabalho realizado por Fiuza *et al.* (2013) foram questionados quanto à relação com o médico assistente e profissionais participantes do grupo de adesão; verificou-se que um paciente (0,5%) a caracterizou como ruim; quatro (1,9%), como regular; e 35 (16,3%) afirmaram que a relação pode melhorar. Estes dados preocupam, já que a adesão ao tratamento depende diretamente da relação estabelecida entre profissional e cliente. É nela que há o estímulo à adesão, as orientações e, principalmente, a confiança do paciente no profissional e, então, a sensibilização da importância da adesão. Quando questionados sobre quanta informação têm sobre os medicamentos para o HIV, as respostas de 47% dos participantes do presente estudo variaram entre nenhuma informação e quantidade regular de informação.

As análises desenvolvidas em Cuba, com 876 pacientes, revelaram que 70,6% dos participantes auto-relatados, são altamente aderentes, e as variáveis relacionadas à alta adesão estão todas sedimentadas no apoio técnico, nas orientações e informações dadas aos pacientes pelos profissionais de saúde (ARAGONÉS *et al.*, 2011).

Almeida e Vieira (2010) encontraram resultados divergentes dos demonstrados no presente estudo, pois todas as questões relacionadas aos conhecimentos adquiridos na

Instituição pelos pacientes alcançaram um nível satisfatório (78,7% a 95,7%), o que reflete que os participantes da pesquisa estavam sendo satisfatoriamente orientados quanto à importância da adesão ao tratamento.

O mapa territorial elaborado neste estudo (ver Figura 21) mostra que não há um comportamento padrão de agrupamento dos indivíduos de adesão regular à TARV em relação aos que abandonam o tratamento. Assim sendo, não há garantias de que um usuário com adesão regular não venha a abandonar o tratamento, bem como se os que abandonaram voltarão a ter regularidade no uso dos ARV. Estudos posteriores, repetindo essa mesma análise, poderão demonstrar se as ações implementadas para a melhoria da compreensão do problema, por parte do paciente e da equipe de apoio, elevaram o padrão de regularidade à TARV; assim como, o mesmo estudo realizado em outras unidades de atendimento a PVHA poderá mostrar-se útil para comparar se as estratégias adotadas por diferentes centros de tratamento podem melhorar a adesão à TARV.

A melhoria do desempenho do grupo de apoio junto aos pacientes é atividade de suma importância para a adesão dos pacientes ao tratamento, além de ser uma orientação do Ministério da Saúde.

São necessários mais estudos investigativos sobre esta temática uma vez que as pesquisas sobre adesão em SLHIV ainda são insuficientes, assim como é relevante que se melhorem os registros e acompanhamentos desses pacientes, para se estabelecer uma base de dados mais sólida às novas pesquisas.

6 CONCLUSÕES

- Observou-se que o perfil médio dos pacientes no ambulatório do SAE da URE DIPE é do gênero masculino, solteiro, com ensino fundamental incompleto e renda mensal de até um salário-mínimo, relatam não fazer uso rotineiro de bebida alcoólica e negam tabagismo.
- De acordo com os critérios estabelecidos nesta pesquisa, a maioria dos pacientes concentrou-se no grupo de adesão irregular (AI), com falhas nos horários/doses e suspensões rotineiras por períodos de curta duração e, relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.
- Muitos pacientes suspenderam o tratamento (não abandonaram definitivamente) em intervalos que variaram de um a 72 meses e alguns declararam suspender a TARV nos finais de semana e datas festivas o que mostra que é muito frequente a suspensão temporária, mas podendo atingir períodos muito longos de suspensão e podem ser a causa de falha terapêutica e gerar mudanças de um esquema medicamentoso para outro mais complexo dificultando mais ainda a adesão.
- A revolta, seguida pela presença da SLHIV, foram apontadas pela maioria dos pacientes como as principais determinantes da irregularidade do tratamento e apesar da grande importância dos exercícios físicos e do acompanhamento nutricional no controle dos sinais e sintomas da SLHIV, como as alterações metabólicas e a distribuição irregular da gordura corporal, a maioria dos pacientes era sedentária e não comparecia, regularmente, para avaliação e controle dietético, com o objetivo de minimizar os efeitos da SLHIV.
- Observou-se uma relação significativa entre a presença de diabetes mellitus e a dificuldade de adesão dos pacientes à TARV. Contudo, esta variável, assim como a presença de dislipidemias necessita de um estudo mais criterioso; uma vez que, os registros nos prontuários deixam lacunas sobre os resultados dos exames e no controle dos pacientes que apresentaram alterações no metabolismo das gorduras e intolerância à insulina.
- Saber o que é lipodistrofia não teve uma relação significativa com a adesão, porém os pacientes com sinais e sintomas e com diagnóstico de SLHIV, em sua maioria, afirmaram que a presença dessas alterações afetou negativamente o processo de adesão à TARV.
- A maioria dos pacientes com alterações lipodistróficas sente “vergonha”, principalmente por facilitar que terceiros os identifiquem como pacientes com HIV/aids e afirmou não saber o que é um grupo de adesão e desconhecer a importância deste no acompanhamento

de seus tratamentos, o que determinou a ausência maciça nas reuniões e atividades do grupo.

- Os resultados indicam que entender o esquema terapêutico é determinante para definir o processo de adesão, pois o paciente consegue administrar as doses e horários do seu tratamento com mais facilidade e, portanto, é necessário que os profissionais responsáveis em orientar o uso do esquema terapêutico se certifiquem do entendimento do paciente com relação às drogas prescritas, como horário, doses e até mesmo, o aspecto visual de cada medicamento, para facilitar a compreensão e minimizar os erros nas tomadas, qualificando a adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da “Aids Aguda” Para a “Aids Crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, nov./dez. 2008; 13(6):1841-1849.

Almeida RFC, Vieira, APGF. Influência da informação oral e escrita sobre antirretrovirais no conhecimento de usuários com HIV/aids. *RBPS, Fortaleza*, jul./set., 2010; 23(3): 251-259.

Aragonés C. et al. Antiretroviral therapy adherence in persons with HIV/aids in Cuba. *MEDICC Rev*. 2011 Apr;13(2):17-23.

Araújo MNR, Mendes PR, Silveira APP, Seidl EMF. Lipodistrofia e preconceito na nova cara da Aids: diálogo com a bioética de intervenção. *Revista Bioética, Brasília*, 2011 May [internet]; 19(2): 441-456. [cited on 2014 March 12th]. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php>

Arévalo MTV, Torres ICS, Sánchez DC. Adherencia al tratamiento em la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para sua bordaje. *Act. Colom. Psicol., Bogotá*, 2008 July/Dec. [internet]; 11 (2). [cited on 2014 May 2nd]. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010

Ávila MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral. [internet]. Brasília: Ed. do MS, 2007. [cited on 2013 Dec. 19th]. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes.pdf

Ayres M., Ayres JRM; Ayres DL & SANTOS AS. *Bioestat 5.0. Aplicações e estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Belém: Sociedade Civil de Mamirauá, 2005.

Boccaro F., Auclair M., Cohen A. et al. HIV protease inhibitors activate the adipocyte renin-angiotensin system. *Antiviral Therapy* 2010; 15: 363-375.

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à Terapia Antirretroviral (HIV/aids): Fatores Associados e Medidas de Adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde*. Brasília, out./dez. 2007; 16(4): 261-278.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 2.582. Inclui cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de antirretrovirais [...] do SUS e dá outras providências. Brasília: Ed. do MS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 118. Inclui na Tabela [...] SUS o Serviço de Atenção à DST/AIDS, com a classificação de Tratamento da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS e dá outras providências. Brasília: Ed. do MS, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV. Brasília: Ed. do MS; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Preenchimento facial para diminuir a lipodistrofia pode ser encontrado na rede pública. [internet]. 2006b. [Acesso em: jul/2012]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/aids. Diretrizes Para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento Para Pessoas que Vivem com HIV e Aids. Brasília: MS, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, [internet]. out./dez. 2007b, 16(4). [Acesso em: jul/2012]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bv>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia de Aids e outras DST. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c. Disponível: <http://www.aids.gov.br/data/documents/Stored Documents.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Dados e Pesquisa em DST e AIDS, [internet]. 2007d. [Acesso em: set./2012]. Disponível em: <http://www.aids.gov>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV - Suplemento III - Tratamento e prevenção, [internet]. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008a. [Acesso em: maio/2013]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. 7. ed. [internet]. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008b. [Acesso em: mar/2013]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Adesão para Pessoas Vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008c. 130 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 84).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e AIDS. Nota Técnica nº 208/09. [internet]. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009a. [Acesso em: mar/2013]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta 01 SAS/SVS. Dispõe sobre as Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/aids. Brasília: MS, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 4. Altera o valor dos procedimentos [...] prótese glútea de silicone (par), preenchimento facial com polimetilmetacrilato em paciente com lipoatrofia facial [...], reconstrução glútea e/ou perianal em paciente com lipodistrofia glútea decorrente do uso de antirretroviral, com lipoenxertia ou PMMA. BRASIL. Brasília: MS, 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 116. Estabelece recursos [...] de Média e Alta Complexidade dos Estados e Distrito Federal. Brasília: MS, 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids*DST. n.1. Brasília: MS, 2010 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso. 8. ed. Brasília: MS, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Acesso Universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas. Brasília: MS, 2010c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Síndrome Lipodistrófica em HIV. Brasília: MS, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids*DST, 2012, Brasília: MS, 8(1).

Caraciolo JMM, Shimma E. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.

Carr A. An objective case definition of lipodystrophy in HIV-infected adults: a case-control study. The Lancet, 2003, 361(9359): 726-35.

.Carrieri MP, Leport C, Protopopescu C, Cassuto JP, Bouvet E, Peyramond D, et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-retroviral altamente ativa: análise de 5 anos de follow-up com correção para o viés induzido pela falta de dados na fase de manutenção do tratamento. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 41:477-485.

Ceccato MGB, Bonolo PF, Souza Neto AI. Antiretroviral therapy-associated dyslipidemia in patients from a reference center in Brazil. Braz J Med Biol Res, Ribeirão Preto, Oct. 07, 2011, 44(11):1177-83.

Treatment Options for HIV-Associated Central Fat Accumulation. Joseph Cofrancesco, Jr., Eric Freedland, and Grace McComsey. AIDS Patient Care and STDs. Jan. 2009, 23(1): 5-18

Corless IB, Kirksey KM, Kempainen J et al. Lipodystrophy- Associated Symptoms and Medication Adherence in HIV/AIDS. Massachusetts: Aids Patient Care and STDs. 2005, 19(9).

Cunha JBG. Representações sociais sobre a Aids e a terapia antirretroviral: influências no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids. [Dissertação]. Belém, 2010.

Dutra CDT, Libonati RMF. Abordagem Metabólica e Nutricional da Lipodistrofia em uso da Terapia Antirretroviral. Revista da Nutrição. Campinas, July/Aug. 2008, 21(4):439-446.

Fernandes APM, Sanches RS, Mill J et al. Síndrome da Lipodistrofia Associada com a Terapia Antirretroviral em Portadores do HIV: considerações para os aspectos psicossociais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, set/out. 2007, 15(5).

Fiuza MLT et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, set/dez. 2013, 17 (4).

Fonseca LC, Martins FJ, Vieira RCPA et al. Avaliação do tratamento antirretroviral inadequada em pacientes com HIV/aids. Rev. Soc. Bras. Med. Chem. Trop, [internet] Uberaba, Mar./abr.2012, 45(2). [Acesso em: out/2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590>

Fontelles MJ. Bioestatística aplicada à Pesquisa Experimental. Belém: O autor, 2010. v.1.

Galvão MTG et al. Reflexões de portadores de hiv/aids acerca da terapia antirretroviral. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12 (n. esp.): 966-72.

Geocze L, Mucci S, Marco MA et al. Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento Antirretroviral de Pacientes Portadores de HIV. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2010, 44(4): 743-749,

Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enf., Ribeirão Preto, Sept./Oct. 2005, 13(5).

Giralt M., Domingo P., Villarroya F. Adipose Tissue Biology and HIV-Infections. Best Pract Res Clin. Endocrinol. Metab. Barcelona, 2011, 25(3): 487-499.

Gomes RRFM, Machado CJ, Acurcio FA et al. Utilização dos registros de dispensação da Farmácia como indicador da não-adesão à terapia antirretroviral dos indivíduos infectados pelo HIV. Cad. Saúde Pública 2009; 25: 495-506.

Gonçalves ZR et al. Perfil epidemiológico dos pacientes hiv-positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2012, 24(1): 9-14.

Guaraldi G, Murri R, Orlando G et al. Morphologic Alterations in HIV-Infected People With Lipodystrophy Are Associated With Good Adherence to HAART. HIV Clinical Trials. Barcelona, 2008, 4 (2): 99-106.

Guimarães MMM, Greco DB, O. Jr AR, Penido MG; Machado LJC. Distribuição da Gordura Corporal e Perfis Lipídico e Glicêmico e de Pacientes Infectados pelo HIV. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo, fev.2007, 51(1): 42-51.

Herrero L, Hagit S, Ali N, Lee J, Shoelson S. Inflammation and adipose tissue macrophages in lipodystrophic mice. Journal Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA. Boston, Jan. 2010, 107(1): 240-245.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS. et al. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Hunt R. Human Immunodeficiency Virus. In: _____. Microbiology and Immunology on line. South Caroline: UCS, 2010. Chapter 7: part three.

Inca (Brasil). Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer: Intervenções de enfermagem no controle do câncer. Rio de Janeiro, 2011, Cap.5. p. 246-276.

Jaime PC, Florindo AA, Latorre MRDO. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia antirretroviral de alta potência. Rev Bras Epidemiol. , 2006, 7(1): p.65-72.

Khachani I et al. Impact of a Psycho educative Intervention on Adherence to HAART among Low-Literacy Patients in a Resource-Limited Setting: The Case of an Arab Country—Morocco. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)*, Jan./Feb. 2012; 11(1):47-56.

Kosmiski LA, Bacchetti P, Kottler DP. et al. Relationship of fat distribution with adipokines in human immunodeficiency virus infection. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2008; 93: 216-224.

Lav V. et al. A two-site hospital-based study on factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral therapy. *Indian J Public Health*. 2010 Oct./Dec; 54(4):179-83

Leite LHM, Sampaio ABMM. Anormalidades metabólicas e sobrepeso em pessoas com HIV/AIDS tratados com terapia antirretroviral. Rev. Nutr. [Internet], Campinas May / June 2008;21(3). [cited on Jan 2014, 22nd]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300002>

Lindoso JAL, Eira M, Casseb J, Silva ACCM. Infectologia Ambulatorial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 2008.

Matos AC, Matsumoto NF, Boletini RS, Gandolpho MA, Keating TC. Tratamento da lipoatrofia facial em pessoas vivendo com HIV/AIDS: afastando o preconceito e melhorando a qualidade de vida. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2010, 34(2): 210-217.

Machado A et al. Estigma, lipodistrofia e HIV/AIDS – estudo bioético. In: Garrafa V, Córdon J. (Org). Pesquisas em bioética no Brasil de hoje. São Paulo: Gaia; 2006.

Medronho RA, Bloch KV, Werneck GL. Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 20.

Mill J, Lucy D, Sanches RS et al. Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in HIV patients: considerations for psychosocial aspects. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, Sept./Oct. 2007, 15(5). Disponível em: <http://dx.doi.org>

Monnerat BZ, Cerutti Junior, C, Canicali SC, Motta, TR. Avaliação Clínica e Bioquímica da Lipodistrofia Relacionada ao HIV em uma População Ambulatorial do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Morais, Vitória, ES, Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Infecciosas*. Vitória, 2010, 12(4): 364-368.

Monteiro CA, Conde WL, Castro IRR. A Tendência cambiante da relação entre a escolaridade e risco de obesidade no Brasil, (1975-1997). *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2003[internet], 19 (supl.1). [citado em 2014 May 2]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590>

Moraes ABA, Rolim GS, Costa JR. AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, São Paulo, dez. 2009, 11 (2).

MSD online. Infecção pelo vírus da imunodeficiência. Disponível em <http://www.manualmerck.net> Acessado em agosto de 2014.

Nemes MIB et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2009, 55(2): 207-212.

Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Rego SRM, Rego DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2010 [internet], 59 (1). [citado em 2014 Abr 18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047>

Roca B. Transtornos metabólicos relacionados con el VIH y el tratamiento antirretroviral. Na Med Interna. 2003; 20(11):37-45.

Rodrigues RL, Domingos H, Cunha RV, Paniago AM, Souza AS. Risco Cardiovascular Pré e Pós-Terapia Antirretroviral Potente nos Pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Revista Brasileira de Clínica Médica. Campo Grande, 2009, 7:153-160.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

Sanches RS. Lipodistrofia em pacientes sob Terapia Antirretroviral: subsídios para o cuidado de enfermagem a portadores do HIV – 1 [dissertação]. Ribeirão Preto, 2008.

Santa Helena ET, Mafra ML, Simes M. Fatores associados à sobrevivência de pessoas vivendo com aids no Município de Blumenau, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1997-2004. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, jan./mar. 2009, 18(1):45-53.

Santos M, Rabelo R, Vilasboas V et al. Você conhece esta síndrome? An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2011[online], 86(2). [citado em 2013 Nov1]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a37.pdf>

Schilkowsky LB, Portela MC, Sá, MC. Fatores Associados ao Abandono de Acompanhamento Ambulatorial em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids na Cidade do Rio de Janeiro, RJ. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, 2011, 14(2):187-197.

Segatto AFM, Freitas Junior IF, Santos VR. Lipodistrofia em pacientes com HIV/AIDS com diferentes hábitos de atividade física, em uso de terapia antirretroviral. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, July/Aug. 2011, 44(4).

Seidl EMF, Machado ACA. Bem-Estar Psicológico, Enfrentamento e Lipodistrofia em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Psicologia em Estudo, Maringá, abr./jun., 2008, 13(2): 239-247.

Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Oct. 2007, 23(10).

Sevastianova K., Sutinen J., Kannisto K. et al. Adipose tissue inflammation and liver fat in patients with highly active antiretroviral therapy-associated lipodystrophy. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism* 2010; 295: E85-E91.

Signorini DJHP, Monteiro MCM, Andrade MFC et al. O que devemos saber sobre síndrome metabólica e lipodistrofia na AIDS? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, Jan./Feb. 2012, 58(1).

Silva EC, Tavares IS. Terapia antirretroviral e Lipodistrofia: uma abordagem clínico-epidemiológica em pacientes atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto. [TCC]. Belém-Pará: ICS/UFGA, 2009.

Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Maringá, 2009, 62(2): 213-220.

Soares LR. Perfil antropométrico e distribuição da gordura corpórea relacionados ao risco cardiovascular em adultos vivendo com HIV/aids. [dissertação]. São Paulo, 2011.

Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Castilho EA. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011 [internet], 27(supl.1). [citado em 2013 July 1]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102>.

Sweet DE. Metabolic complication of antiretroviral therapy. *Top HIV Med*. 2005; 13(2):70-4.

WHO. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Global Report. New York: WHO, 2012.

Wilson G, Wolff M. A decade of antiretroviral therapy: a profile of patients with 10 years of highly effective triple therapy. *Revista Chilena de Infectologia*, Santiago, jun. 2012, 29(3): 337-343.

Valente AMM et al. Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Dez 2005, 49(6): 871-881.

Veronesi R. *Tratado de Infectologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. v. 1.

Vajpayee M, Negi N, Kurapati S. The enduring tale of T cells in HIV immuno pathogenesis. *Indian J Med Res*. 2013 Nov;138(5):682-99.

Villaroya F, Domingo P, Giralt M. Drug-Induced Lipotoxicity: Lipodystrophy Associated With HIV-1 Infection Antiretroviral Treatment. *Biochim Biophys Acta*, Barcelona, 2010, 1801(3): 392-399.

Zambrini H. Estudo de dados clínicos e laboratoriais de pacientes com AIDS e lipodistrofia atendidos no programa de Lipodistrofia do Hospital Heliópolis. [Dissertação]. São Paulo, 2011..

ANEXO I
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA SLHIV
LIPOATROFIA DE FACE



Fonte: CRT/UNIFESP, 2012.



Fonte: URE DIPE, 2013.

LIPOATROFIA DE GLÚTEO



Fonte: CRT/UNIFESP, 2012.

LIPOATROFIA DE MEMBROS SUPERIORES



Fonte: URE DIPE, 2013.

LIPOATROFIA DE MEMBROS INFERIORES



Fonte: URE DIPE, 2013.



Fonte: URE DIPE, 2013.

LIPO-HIPERTROFIA DE DORSO



Fonte: URE DIPE, 2013.

LIPO-HIPERTROFIA DE MAMA E ABDOME



Fonte: URE DIPE, 2013.

LIPO-HIPERTROFIA DE MAMA



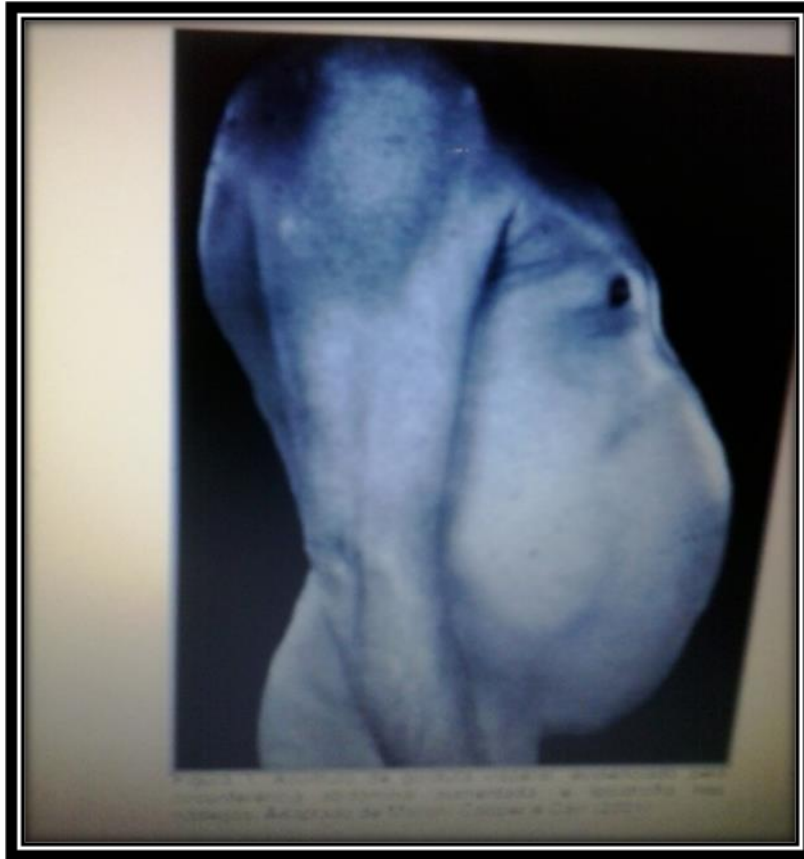
Fonte: Sanches, 2008.

LIPO-HIPERTROFIA DE ABDOME E GINECOMASTIA



Fonte: URE DIPE, 2013.

**LIPODISTROFIA MISTA
LIPO-HIPERTROFIA DE ABDOME E LIPOATROFIA DE MEMBROS
SUPERIORES**



Fonte: SANCHES, 2008.

APÊNDICE I

FORMULÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

I – Identificação: Idade: Gênero: Estado civil: Procedência:

II – Situação Sócio-econômica

Profissão:

Renda familiar: () até 1 salário () 2 salários () 3 salários () 4 salários () 5 ou +

Escolaridade: () Nenhuma () Alfabetizado () E. Fundamental () E. Médio

() E. superior

Bebe? () sim () não.

Fuma? () sim () não

III – Dados Clínicos:

1. Você sabe o que é lipodistrofia? () sim () não () nunca ouviu falar

Se sim. Onde você obteve essa informação? _____

2. De que forma as alterações provocadas pela lipodistrofia interferem em sua qualidade de vida e nas suas atividades da vida diária?

3. Você tem/teve dificuldades de entender o esquema terapêutico? () Sim () Não. Se sim, quais? () doses () horários () outros

4. Houve suspensão do tratamento com os ARV por iniciativa própria?

() sim () não Se sim, quantas vezes? _____ Por quanto tempo? _____

Motivo principal: _____

5. Qual o efeito colateral da TARV que mais o incomoda?

6. Apresenta Dislipidemias (aumento dos níveis de colesterol/triglicérides)?

() Sim. () Não. Se sim. Há quanto tempo? _____

7. Diabetes Mellitus? () Sim. () Não Se sim. Há quanto tempo? _____
8. Pratica exercícios físicos regularmente? () sim () não
9. Comparece às consultas com nutricionista? () Sim () Às vezes () Não.
Por quê? _____
10. Segue corretamente as orientações alimentares para controle da Lipodistrofia das
dislipidemias? () sim () não
11. Você sabe o que significa “Grupo de Adesão”?
() Sim () Não () Nunca ouviu falar
12. Você participa das reuniões e atividades do Grupo de Adesão? () sim () não
() às vezes. Por quê? _____
13. A Lipodistrofia interfere na sua adesão ao tratamento com os ARV?
() sim. Justifique: _____ () Não
14. Você conhece a importância da aderência aos ARV no seu tratamento e evolução
clínica?
() sim. Justifique: _____ () Não
15. O que você espera da equipe que compõe o Grupo de Adesão?

APÊNDICE II

FICHA PARA REGISTRO DE DADOS CLÍNICOS

() lipodistrofia () Sinais Clínicos

1. Parâmetros Antropométricos

Achados Clínicos	SIM	NÃO
Perda de gordura periférica e facial		
Veias e músculos superficiais proeminentes		
Aumento da gordura cervical		
Giba		
Atrofia (MMSS, MMII, GLUTEO)		
Aumento da mama		
Aumento da gordura visceral		

Fonte: BRASIL, 2011 - Adaptado de Chen D, 2005

C A =----- cm Peso= ----- kg Altura = ----- m

2. Parâmetros Biológicos

Exames	SIM	NÃO	Resultados
Colesterol Total			
Ácido Láctico			
Insulina			
Triglicérides			
Glicemia			

Fonte: BRASIL, 2011.

3. Parâmetros Radiológicos

3.1 USG Abdominal/Cervical? () Sim () Não. Lipodistrofia () Sim () Não

3.2 TC Abdominal/Cervical? () Sim () Não. Lipodistrofia () Sim Não

4. Parâmetros Clínicos

4.1 Em uso de antirretrovirais atualmente? () sim () não

Quais? _____

4.2 Há quanto tempo faz uso de antirretrovirais?

() < 1 ano () 1 – 5 a () 6 – 10 a () 11 - 15 a () 16 – 20 a () >20anos

4.3

Houve mudança de esquema

terapêutico?

() sim. Quantas vezes? _____ () não

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

V.Sa. está sendo convidado (a) a fazer parte, como voluntário (a), neste estudo que tem como objetivo descrever o perfil de adesão e determinar o índice de abandono da terapia antirretroviral em pacientes com Síndrome Lipodistrófica do HIV.

Nesta pesquisa não serão realizados procedimentos de natureza invasiva. As estratégias aplicadas serão: entrevistas com aplicação de formulários e dados coletados nos respectivos prontuários e registrados em ficha própria, após consentimento expresso dos participantes, através da assinatura deste Termo.

Ao final dessa pesquisa espera-se contribuir com o processo de adesão ao tratamento, proporcionando melhora da qualidade de vida dos pacientes com Lipodistrofia; assim como, contribuir com ações educativas de sensibilização para a adesão à terapia.

A principal investigadora é a Enfermeira Especialista **DALVA FRANCÊS COSTA**, que poderá ser encontrada no setor de Clínica Médica do HUIBB, na Rua dos Mundurucus, 4487, fone: (91) 3201-6629. Esta pesquisa será utilizada na elaboração da dissertação de mestrado desta pesquisadora.

Se V.Sa. tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIBB – Rua dos Mundurucus, 4487. Fone (91) 32016754 – E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

Os seus direitos serão garantidos durante toda a realização desta pesquisa, e estão relacionados abaixo:

1. Direito de acesso – V.Sa. terá acesso aos profissionais responsáveis por esse estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas em qualquer etapa do processo.
2. Será garantida a sua liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
3. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;
4. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
5. Despesas e compensações – Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;
6. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pela exposição de dados do paciente e/ou da não garantia de sua privacidade, propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante terá direito a retirar-se da pesquisa, bem como às indenizações legalmente estabelecidas;
7. Como prevenção e controle dos riscos e danos não haverá identificação nominal no formulário epidemiológico e nem na ficha para Registro de Dados Clínicos;
8. A coleta dos dados será feita pela pesquisadora, e o tratamento estatístico das informações obtidas, onde participarão o professor orientador da pesquisa **Dr. Ricardo Vieira** e o consultor estatístico, não será executado individualmente, e sim, no conjunto envolvendo os dados de todos os pacientes, garantindo o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa;

9. O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Síndrome Lipodistrófica do HIV em Pacientes da URE DIPE em Belém do Pará**”.

Eu discuti com a pesquisadora DALVA FRANCÊS COSTA sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Belém, ____/____/____
Assinatura do sujeito da pesquisa

_____ Belém, ____/____/____
Assinatura do representante responsável

_____ Belém, ____/____/____
Assinatura da testemunha

(p/ analfabetos; semi-analfabetos; deficientes auditivos ou visuais)

_____ Belém, ____/____/____
Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou de seu representante legal para a participação neste estudo.

_____ Belém, ____/____/____
Nome: Dalva Francês Costa

End: Rua dos Mundurucus - Fone: (91) 3201-6629

Reg. Conselho: 52.407 / COREN-Pa

APÊNDICE IV

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIAS

Eu, ----- CPF ----- RG -----, através do presente termo, depois de conhecer e entender o estudo intitulado de “**Síndrome Lipodistrófica do HIV em Pacientes da URE DIPE em Belém do Pará**”, que tem como objetivo descrever o perfil de adesão e determinar o índice de abandono da terapia antirretroviral em pacientes com Síndrome Lipodistrófica do HIV na URE DIPE, em Belém do Pará, **AUTORIZO** a pesquisadora **DALVA FRANCÊS COSTA**, RG 1407271, CPF 084.284.092-34, Fone: (91) 3201-6629 a realizar as fotos que se façam necessárias, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, **libero a utilização destas fotos** para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor do orientador da pesquisa **Prof. Dr. Ricardo Vieira**; assim como, os negativos das fotografias obtidas.

Nesta pesquisa não serão realizados procedimentos de natureza invasiva. As estratégias aplicadas serão: entrevistas com aplicação de formulários e dados coletados nos respectivos prontuários e registrados em ficha própria, após consentimento expresso dos participantes, através da assinatura do TCLE.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Belém, ____/____/____

Assinatura do representante responsável

Belém, ____/____/____

Assinatura da testemunha
(p/ analfabetos; semi-analfabetos; deficientes auditivos ou visuais)

Belém, ____/____/____

Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Belém, ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou de seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome: Dalva Francês Costa

Belém, ____/____/____

End: Rua dos Mundurucus - Fone: (91) 3201-6629