

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
CAMPUS A. C. SIMÕES
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

KASSIARA FERREIRA FELIX DE LIMA FARIAS

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS ANTIRRETROVIRAIS EM MULHERES COM
HIV/Aids**

MACEIÓ/AL
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
CAMPUS A. C. SIMÕES
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS ANTIRRETROVIRAIS EM MULHERES COM
HIV/Aids**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos

Orientador(a): Profa. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ/AL

2025

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

F224f Farias, Kassiara Ferreira Felix de Lima.

Fatores associados ao uso dos antirretrovirais em mulheres com HIV/Aids/
Kassiara Ferreira Felix de Lima Farias. - 2024.
94 f. : il.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 66-72.

Apêndices: f. 73-81.

Anexos: f. 82-94.

1. Uso de medicamentos. 2. Antirretrovirais. 3. HIV - Mulheres. I. Título.


CDU: 616.98:578.828HIV-055.2

Folha de Aprovação

Autora: Kassara Ferreira Felix de Lima Farias


FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS ANTIRRETROVIRAIS EM MULHERES COM HIV/Aids

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 07 de fevereiro de 2025.

Documento assinado digitalmente
 AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS
Data: 04/03/2025 12:02:23-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Amuzza Aylla Pereira dos Santos, UFAL/ EENF (Orientadora)

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 GESSYCA CAVALCANTE DE MELO
Data: 28/02/2025 19:58:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Géssyca Cavalcante de Melo, UNCISAL (Examinador Externo)

Documento assinado digitalmente
 CHRISTEFANY REGIA BRAZ COSTA
Data: 26/02/2025 12:21:53-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Christefany Régia Braz Costa, UFAL/EENF (Examinador Interno)

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi um percurso enriquecedor e desafiador, que não seria possível sem o apoio e a contribuição de muitas pessoas ao meu redor.

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder a graça de poder ingressar no mestrado, por ter saúde, força e perseverança ao longo desta jornada.

Em segundo agradeço a mim, pela dedicação, por muitas vezes abdicar de outros sonhos, vontades e desejos para me dedicar ao mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Enfermeira e Doutora Amuzza Aylla, pela orientação incansável, paciência e apoio intelectual. Suas valiosas contribuições foram fundamentais para a realização deste trabalho e a minha conclusão no mestrado.

À minha família, que foi minha base e meu maior suporte. Em especial, ao meu esposo Neto e aos meus pai Lena e Ferreira, por seu amor incondicional, incentivo constante e por sempre acreditarem em mim.

Aos meus amigos, que foram meu refúgio nos momentos de cansaço, e por compartilharem comigo alegrias e desafios.

Aos colegas de pesquisa e professores, que enriqueceram meu caminho acadêmico com trocas de ideias e aprendizagens.

As acadêmicas de enfermagem Maylla e Amanda, que muito contribuíram em etapas dessa pesquisa.

As participantes da pesquisa, que aceitaram expor suas vidas em prol deste estudo e dos benefícios que ele trará para o público estudado, essas mulheres foram peças fundamentais para que o estudo ocorresse.

Por fim, agradeço às instituições que apoiaram este trabalho, seja por meio de bolsas de estudo, infraestrutura ou acesso a recursos acadêmicos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, deixo aqui minha sincera gratidão.

EPÍGRAFE

E não vai ser sorte quando acontecer, quando Deus resolver abençoar você, quando chegar o tempo, teus frutos você vai colher. Vão dizer que foi sorte sem saber o preço que foi pago, sem saber das lágrimas no chão daquele quarto, quase desistindo, mas Deus foi contigo. Vão dizer que foi sorte sem saber o quanto suportou o calado, mas chorar pra Deus foi o teu escape, foi tão necessário, teve resultado.

(Samuel Tayrone)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A realidade de mulheres que vivem com HIV reflete não apenas os desafios de saúde pública, mas também as profundas desigualdades estruturais e culturais as quais elas estão inseridas. A adesão TARV é um processo dinâmico e multifatorial que exige decisões compartilhadas e corresponsáveis entre as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). **OBJETIVO:** Identificar os fatores associados à adesão aos antirretrovirais em mulheres com HIV/Aids. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, exploratório, do tipo transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada nos dois principais serviços de assistência especializada que assistem mulheres com HIV/Aids, em Maceió, Alagoas, região do nordeste no Brasil, ocorreu no período de junho a outubro do ano de 2024. Para a obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos das mulheres participantes da pesquisa aconteceu a aplicação do instrumento de pesquisa questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral. Para a análise estatística descritiva da amostra foi feita para todas as variáveis do estudo através do cálculo de frequência absoluta (n) e relativa para as variáveis qualitativas, utilizou-se cálculos de média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL. **RESULTADOS:** 81 mulheres participaram do estudo e foi possível observar que maior prevalência delas está na faixa etária de 40-49 anos (28,4%), raça/cor autodeclarada parda (71,6%), mulheres solteiras (50,62%), com ensino fundamental incompleto (38,27%), com renda familiar de 1 salário mínimo (60,49%) e que residiam na região Metropolitana de Maceió (71,6%). Quanto ao grau de adesão ao tratamento 38,27% (n= 31) apresentaram baixa adesão, 19,75% (n= 16) boa adesão e 41,9% (n= 34) adesão estrita. Referente às mulheres que abandonam a medicação ao longo do seu tratamento a faixa etária de maior incidência foi a de 30-39 anos (25,93%), associando a raça, a parda teve a representação de 31,03% das mulheres. O estado civil que mais teve relação com o abandono foi o de solteira (36,59%). Das participantes que abandonaram 48,15% possuíam o ensino fundamental incompleto. As barreiras que influenciam na adesão aos antirretrovirais foram a variável falta de apoio familiar (29,17%), seguido por vergonha de ir à unidade de saúde (25%) e de preconceito por

parte das pessoas (21%). **CONCLUSÃO:** O resultado deste estudo evidenciou que uma parcela significativa das mulheres apresenta baixa adesão à terapia antirretroviral, enquanto um percentual menor mantém boa adesão ou adesão estrita. Compreender as principais barreiras e os fatores que dificultam a adesão à TARV é fundamental para aprimorar as políticas públicas e os serviços de saúde do Estado destinados a este público.

Palavras-chaves: Fatores; Uso; Antirretrovirais; Mulheres; HIV.

ABSTRAC

INTRODUCTION: HIV/AIDS infection impacts women unequally, exposing them to a complex network of vulnerabilities that manifest themselves at individual, social and programmatic levels. This reality reflects not only public health challenges, but also the profound structural and cultural inequalities in which women are inserted. Adherence to ART is a dynamic and multifactorial process that requires shared and co-responsible decisions among people living with HIV/AIDS (PLWHA). **METHODOLOGY:** This is an observational, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was carried out in the two main specialized care services that assist women with HIV/AIDS, in Maceió, Alagoas, a northeastern region of Brazil, from June to October 2024. To obtain the sociodemographic and clinical data of the women participating in the research, the questionnaire was applied to assess adherence to antiretroviral treatment. For the descriptive statistical analysis of the sample, the calculation of absolute frequency (n) and relative frequency for qualitative variables was performed using calculations of mean, median, standard deviation and confidence interval. This research was approved by the Research Ethics Committee of UFAL. **RESULTS:** 81 women participated in the study and it was possible to observe that the highest prevalence of them is in the age group of 40-49 years (28.4%), self-declared brown race/color (71.6%), single women (50.62%), with incomplete elementary education (38.27%), with a family income of 1 minimum wage (60.49%) and who lived in the Metropolitan Region of Maceió (71.6%). Regarding the degree of adherence to treatment, 38.27% (n= 31) had low adherence, 19.75% (n= 16) had good adherence, and 41.9% (n= 34) had strict adherence. Regarding women who abandon medication during their treatment, the age group with the highest incidence was 30-39 years (25.93%), associating race, brown represented 31.03% of women. The marital status that was most related to abandonment was single (36.59%). Of the participants who dropped out, 48.15% had incomplete elementary school. The barriers that influence adherence to antiretrovirals were the variable lack of family support (29.17%), followed by embarrassment to go to the health unit (25%) and prejudice on the part of people (21%). **CONCLUSÃO:** The result of this study showed that a significant portion of women have low adherence to antiretroviral therapy, while a smaller

percentage maintains good adherence or strict adherence. Understanding the main barriers and factors that hinder adherence to ART is essential to improve public policies and health services in the State aimed at this public.

Keywords: Factors; Use; Antiretrovirals; Women; HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa geográfico dos municípios e regiões de saúde de Alagoas, conforme dados do IBGE (2018) e atualizado em 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Tabela 2: Características clínicas das mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Tabela 3: Análise da adesão à TARV em associação com as variáveis qualitativas das mulheres com HIV atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024. Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 4: Análise dos fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Tabela 5: Análise de associações entre as características sociodemográficas das mulheres com abandono à TARV atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Análise da contagem das células de linfócitos TCD4+ das mulheres participantes da pesquisa realizada nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Gráfico 2: Análise do grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids participantes da pesquisa realizada nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Gráfico 3: Levantamento das barreiras que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Gráfico 4: Motivos do retorno da adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Gráfico 5: Motivos de boa adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

LISTA DE ABREVIATURAS

Aids- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV- Antirretrovirais

CEAT- HIV- Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DP- Desvio-padrão

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HUPAA- Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

OMS- Organização Mundial da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PVHA- Pessoas que vivem com HIV/aids

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

TARV- Terapia Antirretroviral

SAE- Serviço de Assistência Especializada

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento

HUPAA- Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

SOHMOS GLBT- Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros de Arapiraca

ASTTAL- Afinidades GLSTAL – Gays, Lesbicas, Simpatizantes e Transgêneros de Alagoas, Associação das travestis e transexuais de Alagoas

CODEBENTES- Conselho Comunitário De Desenvolvimento Social Do Bairro Benedito Bentes

ONG- Organização Não-Governamental

LACEN/AL- Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas

PrEP- Profilaxia Pré-Exposição

PEP- Profilaxia Pós-Exposição

PAM- Posto de Atendimento Médico

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	17
2.OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral:	19
2.2 Objetivo Específico:.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids	19
3.2 Tratamento do HIV	21
3.3 Situação de Adesão e Abandono ao TARV	23
3.4 O papel do profissional de saúde na assistência à mulher com HIV/aids	25
4. MATERIAL E MÉTODO	26
4.1 Delineamento do Estudo	26
4.2 Local do Estudo	26
4.3 População, amostragem e amostra.....	29
4.4 Instrumento para coleta de dados	29
4.5 Procedimento para a coleta de dados	30
4.6 Tratamento e análise dos dados	32
4.7 Aspectos éticos e legais.....	35
5. RESULTADOS.....	36
5.1 Características sociodemográfica e clínica das mulheres que vivem com HIV/aids	36
5.2 Análise do grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids	42
5.3 Análise dos fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids	44
5.4 Análise das principais barreiras encontradas para adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids	52
6. DISCUSSÃO.....	55
6.1 Características sociodemográfica e clínica das mulheres que vivem com HIV/aids	55
6.2 Grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids	58
6.3 Fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids	59
6.4 Principais barreiras encontradas que implicam na adesão de mulheres à TARV	62
6.5 Limitações do estudo	64
7. CONCLUSÃO	64

REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados (Formulário de entrevista)	73
APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados (Questionário CEAT-HIV)	78
ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E)	81
ANEXO B - Declaração de autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió	87
ANEXO C- Declaração de autorização institucional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.....	88
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFAL)	89

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a análise dos fatores associados ao uso dos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids. Para justificar a escolha deste objeto de estudo, faz-se importante destacar que, atualmente, devido aos avanços da saúde no Brasil e sobretudo no sistema único de saúde (SUS), as medicações antirretrovirais (ARV) também foram impactadas positivamente, de forma que os indivíduos ao realizarem a medicação regularmente alcança a carga viral indetectável e consequentemente se torna incapaz de transmitir o vírus para outra pessoa, estando diretamente relacionado a premissa I=I, ou seja, indetectável é igual a intransmissível (Tonzar, 2022).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é causada pelo comprometimento do sistema imunológico de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e consequentemente os indivíduos em quadro de aids tornam-se mais susceptíveis às infecções oportunistas. Os primeiros casos de notificação do vírus no país foram nos anos de 1980. A doença era marginalizada e a população considerada vulnerável ao risco da mesma eram os profissionais do sexo, homossexuais do sexo masculino e usuários de drogas (Tavares, 2023).

Entre 1980 e junho de 2022, o Brasil registrou, por meio do cruzamento de dados das bases Sistema de Notificação de Agravos de Notificações (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCELI)/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), um total de 1.088.536 casos de aids. A taxa de detecção apresentou uma redução de 26,5%, caindo de 22,5 casos por 100 mil habitantes em 2011 para 16,5 casos por 100 mil habitantes em 2021. Essa queda foi mais expressiva entre as mulheres (43,6%) em comparação aos homens (16,2%). Em 2021, foram notificados 35.246 novos casos de aids, com uma relação de sexos de 25 homens para cada 10 mulheres. No mesmo período, entre 2007 e junho de 2022, o Sinan registrou 434.803 casos de HIV, sendo 40.880 novos diagnósticos em 2021 (Brasil, 2023).

Devido às grandes proporções da virulência do vírus, o mesmo se transformou em uma epidemia, exigindo dos órgãos competentes de saúde o seu combate em caráter

emergencial, visto a estarem atrelados a inúmeros fatores sociais, como disparidade entre pares, discriminação e pobreza, os quais contribui para o aumento dos casos de HIV/aids e dificuldade na realização do tratamento a esses grupos mais vulnerável (Chiesa, 2022).

As estatísticas apontam que ao longo dos anos a incidência do HIV na população do sexo feminino tem se apresentado em constante crescimento. Segundo os dados estatísticos referente ao ano de 2021, em uma proporção global, toda semana cerca de 5 mil mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos são infectadas pelo vírus (Cabral, 2021).

Na atualidade o perfil sociodemográfico do vírus no Brasil é marcado pela heterossexualização, feminização, população jovem, apresentando baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar. Os dados estatísticos apresentados pelo país trazem preocupação para a vigilância epidemiológica, visto que ao se apresentarem em um público de faixa etária jovem, estarem em idade fértil e em atividade sexual podem desencadear ao aumento do número de infectados, que em associação aos fatores sociais e ambientais aumentam a vulnerabilidade da doença (Torres, 2020).

As mulheres que vivem com o HIV são estigmatizadas por viverem com o vírus, tal fato corrobora com o sofrimento vivido por elas pelo preconceito. O diagnóstico positivo para o vírus interfere no lazer, na vivência da sexualidade, do trabalho e de relacionamentos, além de trazer comprometimento na saúde física e psíquica da pessoa. A vulnerabilidade ao HIV em mulheres é triplicada quando se soma às questões econômicas e raciais. As mulheres negras/pardas, com baixa escolaridade e baixa renda são mais propícias a contraírem o vírus (Suto, 2020).

A adesão TARV é um processo dinâmico e multifatorial que exige decisões compartilhadas e corresponsáveis entre a pessoa que vive com HIV/aids (PVHA), equipe de saúde e o meio social a qual a PVHA está inserida. Para que exista uma boa adesão ao uso da TARV é necessário que o paciente tenha conhecimento a respeito da patologia, o objetivo do tratamento e participe da decisão de iniciá-lo. Com o acesso a essas informações de maneira clara e a promoção da autonomia do paciente por parte dos profissionais que o atendem, a PVHA estará fortalecida para enfrentar as adversidades trazidas pelo HIV (Brasil, 2013).

No país, cerca de 30% a 50% de PVHA interrompem o uso da medicação por conta própria ao longo do tratamento, e esse abandono à TARV geralmente acontece em conjunto ao acompanhamento clínico, como consultas e realização de exames, causando a quebra de vínculo com os profissionais de saúde, que consequentemente desconhecem as dificuldades e os motivos que levaram ao paciente a não aderir à terapia (Brasil, 2008).

A relevância deste estudo está em nortear os profissionais da enfermagem em soluções baseadas em demandas individualizadas para as mulheres que vivem com HIV/aids, a fim de promover a melhoria do acesso e manutenção do tratamento deste público. Ante ao exposto, o estudo traz como questão norteadora: quais são os fatores associados ao uso dos antirretrovirais em mulheres com HIV/aids?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Identificar os fatores associados ao uso dos antirretrovirais em mulheres com HIV/Aids.

2.2 Objetivo Específico:

- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres com HIV/aids;
- Descrever o nível de adesão ao tratamento ARV das mulheres que vivem com HIV/aids;
- Analisar os fatores determinantes e condicionantes que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids;
- Realizar o levantamento das principais barreiras encontradas para a adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids

Desde o início da década de 1990 o mundo passou por um advento chamado de feminização da epidemia do HIV/aids, visto que foi a partir desta época que passou a surgir as crescentes taxas de infecções no público feminino. No período anterior a este, na década de 1980, o predomínio desta infecção era incidente no sexo masculino (Santos, 2020).

A infecção pelo vírus atualmente tem aumentado a nível mundial nas mulheres de faixa etária entre 15 e 24 anos. No ano de 2018, a incidência da taxa de infecção nas mulheres foi maior 60% do que os homens que se apresentaram com a mesma idade (Araujo, 2021).

A infecção por HIV/Aids impacta as mulheres de maneira desigual, expondo-as a uma complexa rede de vulnerabilidades que se manifestam em níveis individuais (comportamento pessoal), sociais (contexto social) e programáticos (programas de combate ao HIV/aids). Essa realidade reflete não apenas os desafios de saúde pública, mas também as profundas desigualdades estruturais e culturais. Superar essas vulnerabilidades exige uma abordagem integrada e interseccional. Somente com o esforço conjunto de governos, a sociedade civil e as comunidades será possível criar condições que assegurem às mulheres que vivem com HIV/Aids seus direitos fundamentais, promovendo a dignidade, a inclusão e a qualidade de vida (Barroso, 2024).

A mulher que vive com HIV necessita de atenção redobrada nos cuidados de saúde. Entre os motivos está o elevado risco para sofrerem inúmeros tipos de violência, como psicológica, sexual e física pelo próprio parceiro. As variadas violências sofridas geram nestas mulheres o sofrimento pela culpabilização da doença, onde são acusadas de terem traído seu parceiro (mesmo que o vírus tenha sido transmitido pelo mesmo), além de serem expostas ao estigma social do vírus (Stefanini, 2019).

A violência que essa mulher sofre reflete em consequências significativas para a sua saúde, dentre elas estão: problemas de saúde reprodutiva, gravidez indesejada, doença psiquiátrica e, tentativas de suicídio, fatores contribuintes para a adesão prejudicada ao tratamento (Stefanini, 2019).

A aids é a principal consequência de infecção pelo vírus. A doença traz consigo um grande estigma social, que acarreta em representações negativas sobre o estilo de

vida e a sexualidade do indivíduo, onde associam a mulher vivendo com HIV a ideia de possuir vida sexual muito ativa e/ou múltiplas parcerias sexuais. Quando diagnosticadas as mulheres apresentam receio em expor o seu diagnóstico e muitas vezes optam pelo sigilo, por sentir vergonha e medo, fazendo com que as mesmas apresentem a necessidade de realizar mudanças no relacionamento com seu parceiro, em sua forma de lazer, no trabalho, na interação social, de forma a prejudicar sua saúde física e mental, devido ao peso de viver em sigilo ao vírus a esta doença estigmatizada (Suto, 2020).

A positividade ao HIV está associada no imaginário da sociedade ao longo dos anos as pessoas que apresentam excessos em sua vida, como crimes, pecado, homossexualidade, promiscuidade entre outras associações. A partir dessas comparações pode-se perceber o motivo pelo qual as mulheres optam em vivenciar o sigilo ao vírus, sendo tal atitude ser vista como uma forma de proteção aos rótulos impostos pela sociedade, como prostitutas, pecadoras, de forma a se sentirem envergonhadas e culpabilizadas por serem vistas como personagens de perfis negativos (Suto, 2020).

3.2 Tratamento do HIV

O Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1996 introduziu nas políticas públicas brasileiras a lei nº 9.313 de 13 de novembro, essa dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos às PVHA em todo o âmbito nacional. Com a utilização dos medicamentos antirretrovirais (ARV), as mulheres infectadas pelo vírus HIV têm a oportunidade de obter maior sobrevida e menores índices de morbimortalidade. Mesmo diante aos inúmeros e conhecidos benefícios da adesão à TARV, o percentual de pessoas que vivem em situação de abandono são elevados, tornando assim uns dos maiores desafios encontrados para o enfrentamento do controle do vírus no país (Almeida, 2021).

Os movimentos sociais e as políticas públicas também alcançaram importantes avanços durante esse período. Em 1985, surgiram as primeiras organizações não governamentais voltadas para atender à PVHA, oferecendo apoio essencial e contribuindo significativamente para a conquista de direitos por essa comunidade. Já em 1986, dois eventos marcaram a história: a realização da VIII Conferência Nacional de

Saúde, a primeira após o regime militar, que se tornou um espaço fundamental para o diálogo, a construção coletiva e a participação popular no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro; e a criação do Programa Nacional de DST/AIDS pelo Ministério da Saúde, refletindo a conexão íntima, presente no imaginário social, entre questões sexuais e a disseminação do HIV (Silva, 2023).

A infecção pelo HIV é considerada uma condição crônica de saúde que apresenta um potencial controle endêmico a partir da implementação da TARV de alta qualidade. Isso foi possível graças ao avanço preciso no tratamento, devido a sua forma de agir no organismo da PVHA, oferecendo as mesmas qualidades de vida em relação à população geral quando apresentam uma boa adesão ao tratamento (Torres, 2020).

O desenvolvimento dos fármacos antirretrovirais e a sua combinação terapêutica para suprimir a carga do vírus no sangue da PVHA tem se apresentado de grande eficácia na redução do vírus e da mortalidade por aids. O não uso da medicação ARV pela população infectada gera nelas as infecções oportunistas, como: meningite criptocócica, pneumocistose, citomegalovírus, candidíase oral, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, neurotoxoplasmose, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin e neoplasia de útero em mulheres jovens (Santos, 2022).

O Brasil foi um dos primeiros países subdesenvolvidos a oferecer a gratuidade da TARV às pessoas que dele precisam. A TARV não traz a cura do HIV/aids, mas age fazendo a supressão da replicação viral de maneira a realizar a permanência da carga viral indetectável, contribuindo para o aumento das células dos linfócitos TCD4 ativadas e a recuperação do sistema imune. As orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) são para que independente do ciclo de vida, estado clínico ou contagem das células TCD4 +, os lactentes, as crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos façam o uso da medicação ao longo da vida (Gonçalves, 2022).

Atualmente, a maior cobertura na realização do tratamento do HIV/aids com os ARV é no Brasil, visto que mais da metade das pessoas que vivem com HIV no país recebem o tratamento. O seu início precoce é recomendado desde o ano de 2013, independente da contagem de linfócitos TCD4 +, com o objetivo de prevenir a

transmissão entre os casais sorodiferentes, a transmissão vertical e para o próprio tratamento do HIV (Santos, 2022).

A adoção de esquemas preferenciais no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o tratamento do HIV no Brasil tem desempenhado um papel crucial na melhoria da adesão à TARV. A simplificação dos esquemas terapêuticos, a redução de efeitos adversos, a elevada eficácia com rápido controle viral, o diagnóstico precoce aliado ao início imediato do tratamento após a confirmação do HIV e a distribuição gratuita dos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são fatores que, em conjunto, promovem o uso contínuo do tratamento e favorecem uma adesão adequada à TARV (Brojan, 2020).

A Declaração Política de 2021 da Assembleia Geral da ONU sobre aids reflete um compromisso global renovado para enfrentar a epidemia do HIV de forma abrangente e inclusiva. Ao enfatizar a necessidade de opções de prevenção combinadas, eficazes e centradas nas pessoas, a Declaração reconhece a importância de abordar as necessidades específicas das populações-chave. Essas populações, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas trans e indivíduos privados de liberdade são desproporcionalmente impactadas pelo HIV devido a barreiras estruturais como violência, estigma, discriminação e leis opressivas que limitam sua liberdade ou o acesso aos serviços de saúde (UNAIDS, 2024).

O apelo da Declaração reflete o reconhecimento de que eliminar a epidemia de aids como uma ameaça à saúde pública até 2030 exige estratégias que promovam igualdade de acesso, proteção aos direitos humanos e um ambiente livre de discriminação para todos. Desta forma, define ações ambiciosas que incluem o chamado 95-95-95 (UNAIDS, 2024).

3.3 Situação de Adesão e Abandono ao TARV

Desde 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou a meta de supressão viral para o Brasil, estabelecendo o objetivo 95-95-95. Essa meta visa garantir que 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu diagnóstico; 95% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento antirretroviral; e 95% das pessoas em tratamento

tenham a carga viral suprimida. Atualmente, o Brasil registra índices de 96-82-95. Embora o país tenha superado a primeira e atingido a última meta, o percentual de pessoas em tratamento antirretroviral (82%) é significativamente inferior ao esperado. Esse dado é preocupante, pois está abaixo da média necessária para o controle efetivo do vírus no país (UNAIDS, 2024).

O conceito de adesão terapêutica refere-se ao cumprimento do uso de medicamentos prescritos ou de outros procedimentos de saúde em, no mínimo, 80% do total indicado, respeitando horários, doses e a duração do tratamento. Trata-se da etapa final no processo que compõe o uso racional de medicamentos, essencial para a eficácia terapêutica e o sucesso do tratamento (Leite, 2003).

A interrupção do tratamento do HIV é definida quando o paciente permanece mais de 100 dias sem retirar os medicamentos antirretrovirais após a data prevista para a próxima dispensação. Já a adesão insuficiente ao tratamento ocorre quando o paciente toma menos de 80% das doses prescritas, comprometendo a eficácia necessária para alcançar e manter a supressão viral. A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica, destacando a importância do acompanhamento contínuo e do suporte para promover o uso consistente dos medicamentos (Amaral, 2023)

O TARV quando bem aderida pelas PVHA reflete na redução significativa da morbimortalidade pela doença, desta forma contribuindo com o controle de doenças oportunistas, diminuição da transmissão do HIV pela supressão viral, diminuição do risco de resistência viral e melhoria na qualidade de vida (Cabral, 2021).

Os efeitos adversos das medicações, regime terapêutico complexo, não aceitação do vírus e doenças psiquiátricas contribuem para a adesão prejudicada do tratamento. Já por outro lado a não estigmatização da doença, rede de apoio social, entendimento sobre o vírus, proporcionam estratégias de enfrentamento que favorecem uma melhor adesão ao TARV (Barros, 2024).

A evolução no desenvolvimento de medicamentos antirretrovirais ao longo das últimas décadas é notável. No Brasil, as políticas públicas voltadas para atender pacientes HIV positivos também se destacam e merecem atenção. Embora os avanços nos antirretrovirais não tenham alcançado a cura da aids, seu impacto na transformação

do paradigma para as pessoas que vivem com HIV é inegável, trazendo melhorias significativas na qualidade de vida e na perspectiva de tratamento (Stacanelli, 2024).

Embora os avanços no tratamento do HIV tenham levado ao desenvolvimento de medicamentos menos tóxicos, que melhoram a qualidade de vida e prolongam a sobrevida dos pacientes, a terapia antirretroviral ainda apresenta desafios. O SUS, reconhecido internacionalmente como referência no manejo da infecção, possibilita tratamentos mais simples, como o uso de apenas dois comprimidos diários, substituindo o antigo e complexo “coquetel” da aids. No entanto, o tratamento permanece contínuo, pode causar efeitos colaterais e ainda não é capaz de eliminar completamente o vírus (Stacanelli, 2024).

Pesquisas que investigam os efeitos adversos a longo prazo em pacientes que utilizam antirretrovirais (ARV) identificam uma ampla gama de complicações, incluindo: Neurológicas e psiquiátricas: neuropatia periférica, cefaleia, insônia, tontura, falta de concentração, depressão, ideação suicida, reações paranoides e maníacas, demências; Gastrointestinais e metabólicas: pancreatite, acidose láctica, náusea, diarreia, dor abdominal, dispepsia, esteatose hepática, hepatomegalia, lesões hepáticas, lipoatrofia, lipodistrofia, hiperlipidemia, dislipidemia, diabetes mellitus; Hematológicas: trombocitopenia, neutropenia, anemia, leucopenia; Cardiovasculares e renais: cardiomiopatia, insuficiência renal, danos renais; Musculoesqueléticas e dermatológicas: miopatia, mialgia, prurido, erupção cutânea; e outras condições: fadiga, neurofaringite, infecção do trato respiratório. Esses efeitos adversos destacam a necessidade de monitoramento contínuo e estratégias para mitigar complicações associadas ao uso prolongado de ARVs. (Stacanelli, 2024).

3.4 O papel do profissional de saúde na assistência à mulher com HIV/aids

O profissional de enfermagem exerce um papel crucial na assistência à saúde da mulher que vive com o vírus, desde o momento do diagnóstico e em todos os momentos durante o tratamento a enfermagem se faz presente. Entre os cuidados prestados à paciente esse profissional deve fornecer informações sobre sexualidade, autoconhecimento e autonomia sexual, a fim de oportunizar a este público uma vida

sexual e reprodutiva segura, sobretudo para as mulheres que apresentam o desejo de engravidar (Araújo, 2021).

Na assistência de enfermagem nos serviços assistenciais especializados em HIV/aids o profissional enfermeiro realiza a consulta de enfermagem com a finalidade de ofertar o cuidado individualizado. O diálogo e a escuta ativa ao paciente são os métodos mais utilizados pelos profissionais, pois estes possibilitam uma relação de segurança, empatia e confiança entre o profissional e a assistida. Estes momentos proporcionam à mulher o esclarecimento de dúvidas e a visualização do enfermeiro sobre o grau de entendimento da cliente sobre seu quadro clínico (Oliveira, 2023).

A consulta de enfermagem às mulheres que vivem com o vírus deve ser focada no acolhimento desde o momento do diagnóstico, diálogos reflexivos sobre a vivência da paciente e o HIV e no planejamento das estratégias para ensinar a PVHA sobre o processo saúde doença do HIV/aids, a fim de não somente evitar a transmissão vertical, mas também para o seu cuidado e o cuidado do outro (Oliveira, 2023).

No exercício da profissão o enfermeiro é habilitado para o acompanhamento do pré-natal de mulheres positivas ao vírus, exercendo orientações e intervenções de saúde garantindo um desfecho favorável da gestação. Esse profissional é considerado o protagonista no aconselhamento. A qualidade de vida e segurança da gestante e do recém-nascido são fundamentais no processo (Silva, 2023).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, do tipo transversal com abordagem quantitativa. Segundo o autor Lima-Costa (2023), esse tipo de estudo apresenta delineamentos que são determinados concomitantemente e utilizados para analisar a existência de associação entre uma exposição a uma doença ou condição relacionada à saúde.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado nos dois principais serviços de assistência especializada (SAE), em Maceió, Alagoas, região do nordeste no Brasil. Um deles se encontra no Bloco

I do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho e o outro no Hospital Dia do Hospital Professor Alberto Antunes (HUPAA). Os SAE supracitados possuem perfis assistenciais semelhantes, pois recebem pessoas com o mesmo perfil etiológico referente a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis, hepatite B e C, e a doença bacteriana tuberculose. O HUPAA, além das infecções já citadas, também assiste pessoas com o Vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV). Esses SAEs atendem pessoas da capital alagoana e também dos municípios do interior do Estado. Os serviços também contam com assistência multiprofissional para os pacientes lá atendidos, sendo compostos por médicos infectologistas, médicos infectologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos.

O Estado possui serviços de saúde que assistem à população que vive com HIV, e esses serviços estão distribuídos de forma estratégica por Alagoas de modo que as PVHA no estado sejam beneficiadas na assistência à saúde. Atualmente, existem 07 Serviços de Assistência Especializada (SAE) que assistem às PVHA, 04 deles localizados no município de Maceió: PAM Salgadinho, Hospital Escola Hélvio Auto (HEHA), HD no HUPAA e Clínica da Família Dr João Fireman e os 03 demais distribuídos de forma estratégica pelos interiores do estado: SAE de Arapiraca, União dos Palmares e Palmeira dos Índios.

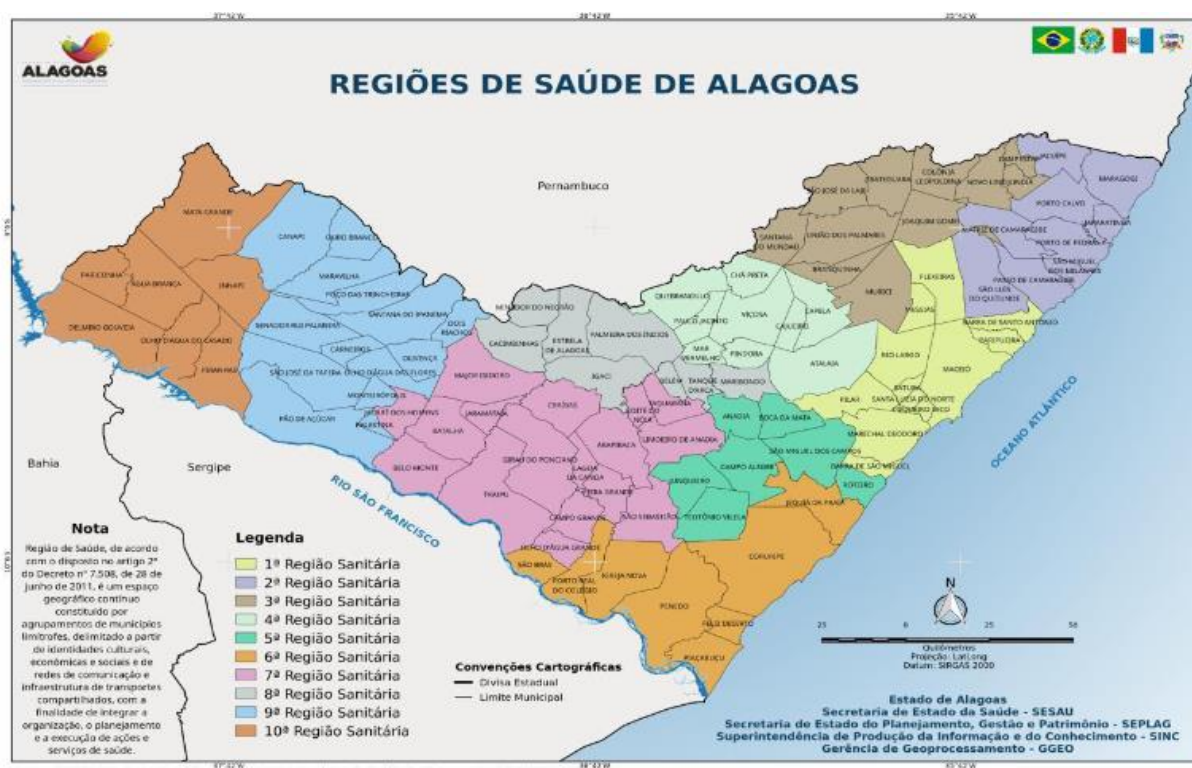
Colaborando com a prevenção e o diagnóstico precoce de HIV/aids e das demais ISTs existem os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizados no município de Arapiraca, Delmiro Gouveia, União dos Palmares, PAM Salgadinho, HEHA e HUPAA.

Contribuindo com a prevenção e promoção da saúde, e promoção de direitos existem: SOHMOS GLBT - Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros de Arapiraca, Afinidades GLSTAL – Gays, Lesbicas, Simpatizantes e Transgêneros de Alagoas, Associação das travestis e transexuais de Alagoas – ASTTAL, Central De Movimentos Populares De Alagoas – CMP, Conselho Comunitário De Desenvolvimento Social Do Bairro Benedito Bentes – CODEBENTES, Fórum Alagoano de ONG (organização não-governamental) Aids, Fórum de ONG/Aids de Alagoas, Organização Mulungu, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, todos localizados em Maceió. Como centro

de diagnóstico para o HIV-1, existe o Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas (LACEN/AL).

O estado de Alagoas é formado por 102 municípios, distribuídos em 2 macrorregiões de saúde e 10 regiões de saúde, também conhecidas como distritos sanitários. A primeira macrorregião, cuja sede está localizada em Maceió, abrange as regiões de saúde de 1ª a 6ª, totalizando 56 municípios. Por sua vez, a segunda macrorregião, com sede em Arapiraca, compreende as regiões de saúde de 7ª a 10ª, englobando 46 municípios (Figura 1). Os SAEs supracitados possuem perfis assistenciais semelhantes, pois recebem pacientes com o mesmo perfil etiológico, referente a infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e apresentam-se localizados na 1ª, 3ª, 7ª e 8ª região de saúde.

Figura 1: Mapa geográfico dos municípios e regiões de saúde de Alagoas, conforme dados do IBGE (2018) e atualizado em 2020.



Fonte: IBGE, 2018

4.3 População, amostragem e amostra

Participaram do estudo mulheres que vivem com HIV/aids assistidas nos SAE. O tamanho da amostra foi definido com base em uma amostragem por conveniência, um método não probabilístico em que as participantes foram selecionadas de acordo com sua acessibilidade aos SAE e disponibilidade para participar do estudo. Esse tipo de amostragem é amplamente utilizado em pesquisas exploratórias ou em situações com restrições de tempo, recursos ou dificuldades de acesso a uma amostra mais representativa, como é o caso da pesquisa em questão (Guimarães, 2020).

Para participar da pesquisa, as participantes tiveram que atender aos seguintes **critérios de inclusão**: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com HIV em um período superior a 6 meses, e início ao uso da TARV de no mínimo 6 meses, que estivessem em acompanhamento nos locais de realização da pesquisa. Como **critérios de exclusão**, foram excluídas as mulheres que não estiverem em condições físicas ou psíquicas para responderem a entrevista.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado como instrumento para a coleta de dados um formulário de entrevista e o instrumento validado para o Brasil, questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-HIV), contendo as variáveis identificadas abaixo (Remor, 2027).

INDEPENDENTES:

- a) Sociodemográficas: faixa etária, sexo, cor/raça, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, tempo de relacionamento, sigilo quanto ao HIV, grau de escolaridade, município de moradia e renda familiar.
- b) Clínicas: gestação atual e semanas de gravidez, uso anterior de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia pós-exposição (PEP), forma de infecção, parcerias sexuais, uso de preservativo, tempo de diagnóstico e uso da TARV, últimos valores de carga viral e linfócito TCD4+, infecções oportunistas, histórico de adesão ao tratamento antirretroviral autorrelatado e analisados em prontuário.

DEPENDENTES:

- a) Adesão ao Tratamento Antirretroviral: situações de abandono à TARV (foi considerado abandono o período de dias igual ou maior que 100 dias) ao longo da vida com HIV, relação entre paciente e médico, efeitos colaterais, informações sobre os ARV que faz uso, capacidade em seguir com o tratamento, rotina e satisfação no uso dos fármacos, grau de dificuldade em tomar as medicações, esquecimento, estratégias no uso dos ARV e infecções oportunistas.

A análise da variável dependente adesão foi baseada no instrumento para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT- HIV) que as pesquisadoras aplicaram junto às mulheres. Este instrumento é composto por 20 perguntas que avaliam o grau de adesão à TARV de pacientes adultos. Esse instrumento é de caráter multidimensional, pois abarca os principais fatores que podem modular a adesão ao tratamento das participantes. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento, essas variáveis foram consideradas quantitativas ordinais.

O grau de adesão é classificado em: adesão baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74 ; percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou estrita (escore bruto ≥ 80 ; percentil ≥ 85) (Remor, 2007).

4.5 Procedimento para a coleta de dados

Após a aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), inicialmente foi realizado um teste piloto do instrumento de pesquisa com três participantes, com o objetivo de verificar a necessidade de ajustes, inclusão ou exclusão de variáveis para garantir que o instrumento atendesse aos objetivos e respondesse à pergunta central do estudo. Após a reformulação e inclusão de perguntas vistas como necessárias para responderem os objetivos da pesquisa, a pesquisa foi então iniciada e os instrumentos aplicados nesta etapa. Os dados obtidos nesse teste não foram incluídos na amostra final da pesquisa.

Uma equipe de pesquisa foi formada exclusivamente para a coleta de dados, composta por três pesquisadoras. A seleção e o treinamento das integrantes, graduandas do curso de Enfermagem, foram conduzidos pela pesquisadora principal em parceria com sua orientadora. Esse treinamento incluiu orientações sobre os procedimentos metodológicos e os aspectos éticos do estudo que foram baseados nas diretrizes éticas brasileiras, como a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

A distribuição dos campos de coleta, horários e dias foi previamente definida para cada membro da equipe. A organização seguiu da seguinte forma: a pesquisadora principal compareceu aos campos de coleta todas as tardes em que foram realizadas consultas com os infectologistas.

Para iniciar a coleta de dados, a pesquisadora principal estabeleceu um contato inicial com os locais de estudo e realizou-se uma pré-seleção das mulheres elegíveis por meio da análise preliminar dos prontuários. Após essa identificação, as participantes foram convidadas durante a espera para a consulta para um ambiente tranquilo e reservado. Durante o convite, foram esclarecidos os objetivos do estudo, assegurada a participação voluntária, garantido o anonimato, e explicado o direito de desistir ou interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de coerção ou constrangimento.

Após o momento de entrevista e do preenchimento do instrumento foi realizada a checagem das informações nos prontuários a fim de que vieses fossem evitados. Paralelo a isso, dados da última contagem da carga viral do HIV e dos linfócitos TCD4+ foram colhidos pelo SISCEL. Este sistema foi criado para gerenciar o cadastro de pacientes, monitorar o processo analítico e armazenar o histórico de exames de linfócitos T CD4 + e carga viral do HIV. Ele segue as orientações do "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos" e do "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças".

As informações são armazenadas em um banco de dados central, sob gestão do Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs (Dathi/SVSA/MS), e

acessadas via internet com segurança criptografada por laboratórios e coordenações de IST/aids estaduais e municipais. Os resultados dos exames inseridos no Siscel podem ser consultados por profissionais que assistem às PVHA (Brasil, 2022).

Essa etapa foi conduzida entre junho e outubro de 2024, com a coleta ocorrendo preferencialmente em dias de atendimento dos infectologistas, maximizando assim o número de participantes elegíveis para compor a amostra. As entrevistas foram realizadas dentro dos horários de funcionamento dos serviços e respeitando tanto a disponibilidade das entrevistadoras quanto às normas de acesso aos locais de estudo.

4.6 Tratamento e análise dos dados

O tratamento e a análise de dados nesta pesquisa foram conduzidos com o objetivo de organizar, processar e interpretar as informações coletadas, garantindo precisão e validade dos resultados apresentados.

As informações foram organizadas em planilhas eletrônicas utilizando o software Microsoft Excel 2016, com variáveis categorizadas para facilitar o processamento. As respostas qualitativas foram agrupadas em categorias e codificadas numericamente para facilitar a análise estatística. A análise foi dividida em duas etapas: descritiva e inferencial.

Para isso, foram utilizadas medidas de tendência central (Média e mediana) e medidas de dispersão, como o desvio padrão, os quartis (Primeiro e Terceiro), o mínimo e o máximo. O número de outliers foi computado verificando observações 1.5 vezes o intervalo interquartil acima ou abaixo dos quartis, além de ser verificado o número de missings (perda de informações). Ressaltamos que segundo Mishra (2019), em casos de presença de outliers, assimetria ou não normalidade da distribuição, as medidas baseadas em posição (mediana, quartis, mínimo e máximo) são mais adequadas, enquanto para distribuições próximas da Gaussiana, medidas como a média e o desvio padrão representam melhor a distribuição dos dados e podem ser utilizadas em testes estatísticos.

As variáveis qualitativas presentes no estudo foram: faixa etária, sexo, gestante, raça/cor da pele autodeclarada, sigilo, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, tempo de relacionamento com parceiro íntimo, escolaridade, município de moradia, zona de moradia, renda familiar, tempo de diagnóstico, tempo de TARV, PrEP, PEP, forma de infecção, conhecimento da parceria sexual sobre a condição sorológica da mulher, condição sorológica do parceiro, prática do uso do preservativo e qual o tipo, histórico de abandono ao tratamento, grau de adesão e infecção oportunista.

Já as variáveis qualitativas presentes no estudo foram descritas as variáveis abandono: Deixou de tomar sua medicação alguma vez?; Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?; Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?; Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido deixou de tomar sua medicação?; Lembra o nome da medicação que toma para o tratamento do HIV?; Como é a relação que mantém com seu médico?; Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?; Quantas informações você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?; Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?; Considera que sua vida melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?; Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?; Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?; Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?; Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?; Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para?; Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?, Que avaliação tem de si mesmo com relação a tomar seus remédios para o HIV?; Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?; Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?; Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?; e grau de adesão.

A análise das variáveis qualitativas foi analisada por meio do cálculo das frequências absoluta (n) e relativa (%) de cada categoria. A análise foi realizada com o auxílio do software livre R (versão 4.2.2). A escolha do R se deu devido à sua

versatilidade e ampla variedade de pacotes disponíveis, possibilitando a aplicação de métodos estatísticos robustos e adaptáveis (Team, 2022).

Já quando comparado as variáveis grau de adesão para cada categoria de sexo, gestante, sigilo, identidade de gênero e orientação sexual através dos testes de comparação de dois grupos levando em consideração a natureza das variáveis resposta (Teste-t ou Mann-whitney), conformes as condições já descritas anteriormente.

A análise da associação entre faixa etária, tempo de relacionamento, escolaridade e renda familiar com as categorias de adesão ao antirretroviral foi realizada por meio do Teste t, quando a suposição de normalidade das variáveis numéricas não foi rejeitada pelo teste de Shapiro-Wilk. Caso essa suposição não fosse atendida ou a variável resposta fosse categórica ordinal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, segundo preconiza S (2016) e Andy Field, Jeremy Miles, and Zoe Field (2012). Em conjunto com o p-valor, foi calculado o tamanho de efeito para cada teste, sendo utilizado o 'd de Cohen' para o teste-t e a estatística 'r' para o teste Mann-whitney. A interpretação do tamanho do efeito é feita segundo Jacob Cohen (1992), que propôs de = 0,2 a 0,3 como pequeno, d = 0,5 a 0,8 como médio e d >0,8 como grande, bem como r > 0.1 como efeito pequeno, r > 0,3 efeito médio e r > 0,5 grande.

Para verificar a associação entre adesão ao antirretroviral e sexo, gestante, raça, sigilo, orientação sexual, estado civil e zona de moradia através de testes de associação estatística, o teste Qui-quadrado foi utilizado quando a suposição de não mais de 20% dos valores esperados serem inferiores a 5 e nenhum valor esperado inferior a 1, enquanto o teste Exato de Fisher foi utilizado quando essa suposição foi violada, segundo Agresti (2007). Em conjunto com o p-valor, para o teste qui-quadrado foi calculado o tamanho de efeito 'V de Cramer'. Interpretamos segundo J. Cohen (1988), de acordo com os graus de liberdade.

Ao ser verificada a associação entre as variáveis 'Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?' e as variáveis sociodemográficas foram utilizados os testes de associação estatística

adequados (Qui-quadrado ou Exatos de Fisher), segundo as condições já descritas no parágrafo acima.

Todos os testes estatísticos aqui apresentados foram avaliados pelo valor de p. Para cada teste, admitiu-se as seguintes hipóteses:

H0 ou hipótese nula: Não existe associação entre os dados sociodemográficos e clínicos e adesão ao antirretroviral.

H1 ou hipótese alternativa: Existe associação entre os dados sociodemográficos e clínicos e adesão ao antirretroviral.

A interpretação do valor de p vai determinar o significado estatístico, descrevendo a força de evidência contra a hipótese nula (H0).

Neste trabalho foi adotada a significância de 5%. P-valores marcados pela letra 'd' indicam realização do teste de Mann-Whitney e tamanho de efeito r; p-valores marcados pela letra 'b' indicam realização do teste Exato de Fisher; p-valores marcados pela letra 'a' indicam realização do teste Qui-quadrado, seguido do tamanho de efeito V de Cramer; * significativo a 5%; ** significativo a 1%; *** significativo a 0.1%.

Os procedimentos de tratamento e análise de dados garantiram a organização, consistência e precisão dos resultados, fornecendo informações confiáveis para responder aos objetivos da pesquisa.

4.7 Aspectos éticos e legais

Quanto aos aspectos éticos, após a obtenção da carta de anuência das instituições envolvidas, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do CEP da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), por meio da Plataforma Brasil, garantindo o cumprimento dos princípios éticos, sendo então aprovada a autorização definitiva para o início da coleta de dados nos locais definidos para a realização da pesquisa (Anexo B e C). O estudo foi aprovado sob o parecer nº 6.712.105 e CAAE nº

768886223.4.0000.5013 (Anexo D), em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Além disso, para assegurar o consentimento informado, foi realizada a leitura e obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes com 18 anos ou mais (Anexo A). O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma destinada à pesquisadora e a outra entregue à participante ou responsável.

A confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização das participantes foram criteriosamente garantidas em todas as etapas da pesquisa. As informações coletadas foram utilizadas de forma ética, sem causar prejuízos às pessoas ou comunidades envolvidas. O estudo respeitou os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, preservando o sigilo e o anonimato dos participantes.

Após a delimitação da amostra e a posterior coleta de dados que aconteceram no período de junho a outubro do ano de 2024, a pesquisadora formalizou o encerramento dessa etapa aos respectivos campos de pesquisa. Por fim, ao término da elaboração da dissertação, a pesquisadora retornará aos serviços para apresentar os resultados do estudo.

5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográfica e clínica das mulheres que vivem com HIV/aids

Foram realizadas 81 entrevistas, com aplicação de questionário sociodemográfico e do instrumento CEAT-HIV nas mulheres participantes do estudo. Conforme descrito na tabela 1, o quantitativo de 23 (28,4%) mulheres está na faixa etária de 40-49 anos, 58 (71,6%) se autodeclaram com raça/cor parda, 41 (50,62%) delas são solteiras, 31 (38,27%) com ensino fundamental incompleto, 49 (60,49%) com renda familiar de 1 salário mínimo e 74 (71,6%) que residiam na região Metropolitana de Maceió (tabela 1).

A amostra do estudo contou com a participação de mulheres cisgênero e mulheres transgênero, as mulheres cisgênero foram representadas por 76 (93,83%) participantes e tiveram o maior quantitativo (tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18-19	1	1,23
20-24	6	7,41
25-29	9	11,11
30-39	18	22,22
40-49	23	28,4
50-59	14	17,28
60-65	8	9,88
66-79	2	2,47
Total	81	100
Sexo		
Feminino	76	93,83
Masculino	5	6,17
Total	81	100
Gestante		
Não	74	91,36
Sim	7	8,64
Total	81	100
Raça/cor autodeclarada		
Parda	58	71,6
Preta	12	14,81
Branca	11	13,58
Total	81	100
Sigilo		
Sim	66	81,48
Não	15	18,52
Total	81	100
Identidade de Gênero		
Cisgênero	76	93,83
Mulher Trans	5	6,17
Total	81	100
Orientação Sexual		
Heterossexual	80	98,77

Homossexual	1	1,23
Total	81	100
Estado Civil		
Solteira	41	50,62
Casada	23	28,4
União Estável	11	13,58
Viúva	6	7,41
Total	81	100
Tempo de Relacionamento com a parceria sexual		
0	36	44,44
< 1 ano	9	11,11
1 ano–5 anos	17	20,99
6 anos–10 anos	10	12,35
11 anos–15 anos	4	4,94
16 anos–20 anos	1	1,23
>21	4	4,94
Total	81	100
Escolaridade		
Sem alfabetização	7	8,64
Fundamental Incompleto	31	38,27
Fundamental Completo	4	4,94
Ensino Médio Incompleto	7	8,64
Ensino Médio Completo	30	37,04
Ensino Superior Incompleto	1	1,23
Ensino Superior Completo	1	1,23
Total	81	100
Município		
Maceió	58	71,6
Coruripe	3	3,7
Flexeiras	2	2,47
Penedo	2	2,47
Pilar	2	2,47
Rio Largo	2	2,47
Barra de Santo Antônio	1	1,23
Luziápolis	1	1,23
Matriz de Camaragibe	1	1,23
Messias	1	1,23
Piranhas	1	1,23
Porto Calvo	1	1,23
Porto da Rua	1	1,23

Santana do Ipanema	1	1,23
São Miguel dos Campos	1	1,23
São Sebastião	1	1,23
Teotônio	1	1,23
União dos Palmares	1	1,23
Total	81	100
Área		
Urbana	74	91,36
Rural	7	8,64
Total	81	100
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	22	27,16
1 salário mínimo	49	60,49
2-3 salários mínimos	8	9,88
4-5 salários mínimos	2	2,47
Total	81	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

*O valor referente ao salário mínimo relatado a ser recebido pelas mulheres participantes da pesquisa corresponde a 1.412,00 reais.

Os dados da Tabela 2, que descrevem o perfil clínico das mulheres que vivem com o HIV, destacam diversos aspectos relevantes do público analisado. Referente ao tempo de diagnóstico nota-se que 49 (60,5%) mulheres tinham entre 1 a 10 anos de diagnóstico. Para o tempo de TARV o intervalo de tempo onde estavam presentes a maioria das participantes foi aproximado ao do tempo de diagnóstico 50 (61,73%).

Referente ao uso de profilaxias (PrEP e PEP), 81 (100%) das participantes relataram nunca ter utilizado antes de adquirirem o HIV. Sobre a forma de infecção pelo HIV, 76 (93,8%) afirmaram ser a via sexual. Exatos 45 (55,6%) delas apresentaram parceria sexual fixa. Cerca de 46 (55,6%) mulheres afirmaram não ter revelado sua sorologia ao parceiro. Quando perguntadas sobre o estado sorológico dos parceiros, a maior parte das entrevistadas 66 (81,48%) afirmaram que os mesmos eram negativos ao vírus (tabela 2).

Sobre o uso de preservativos, 56 (69,1%) não faziam uso, sendo que o tipo de preservativo mais utilizado pelas mesmas, 22 (88%) foi o masculino. Quando indagadas

se esteve em situação de abandono ao TARV e do acompanhamento médico, 27 (33,3%) relataram que sim. Por fim, 25 (30,9%) relataram a presença de infecções oportunistas associadas ao vírus (tabela 2).

Tabela 2: Características clínicas das mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico		
6 meses-1 ano	7	8,64
1 ano–10 anos	49	60,49
11 anos–20 anos	17	20,99
21 anos–30 anos	7	8,64
31 anos–40 anos	1	1,23
Total	81	100
Tempo de uso da TARV		
6 meses-1 ano	7	8,64
1 ano–10 anos	50	61,73
11 anos–20 anos	16	19,75
21 anos–30 anos	7	8,64
31 anos–40 anos	1	1,23
Total	81	100
Histórico de PREP		
Sim	0	0
Não	81	100
Histórico de PEP		
Sim	0	0
Não	81	100
Via de infecção		
Sexual	76	93,83
Perfurocortante	2	2,47
Transfusão sanguínea	2	2,47
Tatuagem	1	1,23
Total	81	100
Parceiro Sexual		
Fixo	45	55,56
Sem parceiro	35	3,21
Múltiplos parceiros	1	1,23
Total	81	100
Conhecimento do parceiro sobre o estado sorológico da mulher		

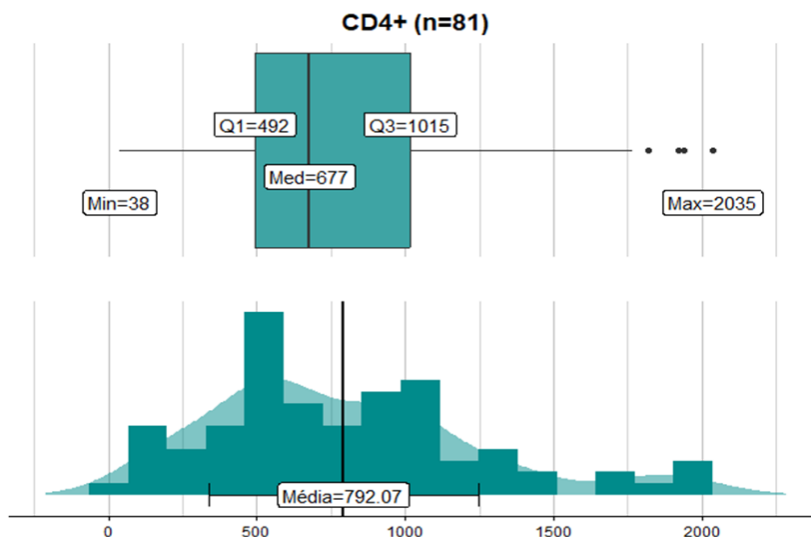
Não	46	56,79
Sim	35	43,21
Total	81	100
Parceiro é positivo ao vírus?		
Não	66	81,48
Sim	15	18,52
Total	81	100
Faz uso de preservativo nas relações sexuais?		
Não faz uso	56	69,14
Regular	16	19,75
Irregular	9	11,11
Total	81	100
Tipo de preservativo		
Masculino	22	88
Feminino	2	8
Os dois tipos	1	4
Total	25	100
Já esteve em situação de abandono à TARV e acompanhamento?		
Não	54	66,67
Sim	27	33,33
Total	81	100
Já teve alguma doença oportunista em decorrência ao HIV?		
Não	56	69,14
Sim	25	30,86
Total	81	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O gráfico 1 realiza um demonstrativo da última contagem de linfócitos TCD4+ das mulheres participantes da amostra, o número mínimo de células foi de 38 células/mm³ e a contagem máxima 2035 células/mm³, o valor de Q1 e Q3 foi de 492 e 1015, respectivamente. A média da contagem de TCD4 + analisada foi de 677, sua mediana ficou no valor de 792,07 e o desvio padrão 454,57. Sabendo-se da importância da também análise da carga viral em paralelo com a contagem de linfócitos TCD4 +, a

pesquisa investigou a última contagem de carga viral das participantes e 71 (87,65%) delas se encontram com carga viral indetectável.

Gráfico 1: Análise da contagem das células de linfócitos TCD4+ das mulheres participantes da pesquisa realizada nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

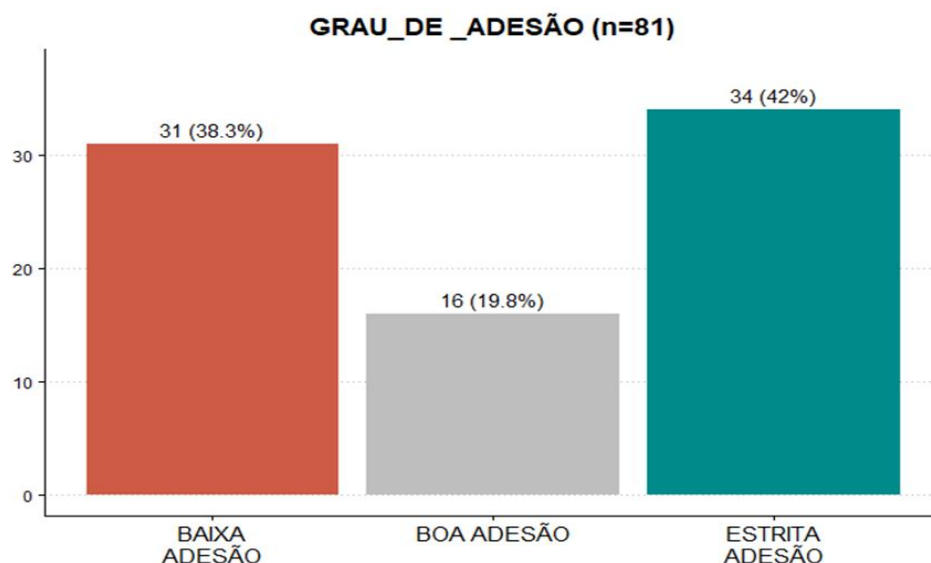
5.2 Análise do grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids

O grau de adesão ao TARV pelas mulheres foi analisado pelo instrumento CEAT-HIV a fim de que fosse possível reconhecer a relação das entrevistadas com as medicações que fazem uso para o tratamento do vírus. A análise apresentou que os seguintes resultados: 31 (38,27%) apresentaram baixa adesão, 16 (19,75%) boa adesão e 34 (41,9%) adesão estrita.

A estrita adesão ao medicamento refere-se ao comprometimento do paciente em seguir rigorosamente as orientações prescritas pelo profissional de saúde em relação ao uso de um medicamento. Isso inclui tomar o medicamento na dose correta, no horário

indicado, pela duração prescrita e de acordo com as instruções específicas, como com ou sem alimentos.

Gráfico 2: Análise do grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids participantes da pesquisa realizada nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A distribuição dos níveis de adesão ao tratamento entre mulheres vivendo com HIV, assim como a associação com as variáveis sexo, condição de gestante, sigilo sobre o diagnóstico, identidade de gênero e orientação sexual estão dispostas na tabela 3. Contudo, essas variáveis não demonstraram correlações estatisticamente significativas com os diferentes graus de adesão: baixa, boa e estrita. Esses resultados reforçam a necessidade de considerar outros fatores para compreender melhor os padrões de adesão nesse grupo específico.

Tabela 3: Análise da adesão à TARV em associação com as variáveis qualitativas das mulheres com HIV atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024. Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Característica	Geral	Baixa Adesão N (%)	Boa adesão N (%)	Estrita Adesão N (%)	p-valor
Sexo (81)					
Feminino	76	28 (36,84%)	16 (21,05%)	32 (42,11%)	0,561d (r=0,07)
Masculino	5	03 (60%)	0 (0%)	02 (40%)	
Gestante (81)					
Não	74	26 (35,14%)	15 (20,27%)	33 (44,59%)	0,064d (r= 0,21)
Sim	7	05 (71,43%)	01 (14,29%)	01 (14,29%)	
Sigilo (81)					
Não	15	05 (33,33%)	04 (26,67%)	06 (40%)	0,901 (r=0,01)
Sim	66	26 (39,39%)	12 (18,18%)	28 (42,42%)	
Identidade de Gênero (81)					
Cisgênero	76	28 (36,84%)	16 (21,05%)	32 (42,11%)	0,561d (r= 0,07)
Mulher Trans	5	03 (60%)	0 (0%)	02 (40%)	
Orientação Sexual (81)					
Heterossexual	80	30 (37,5%)	16 (20%)	34 (42,5%)	0,259d (r=0,13)
Homossexual	1	01 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Associações entre o grau de adesão e perfil sociodemográfico; p-valores marcados pela letra 'd' indicam realização do teste de Mann-Whitney e tamanho de efeito r; * significativa a 5%; ** significativa a 1%; *** significativa a 0.1%.

5.3 Análise dos fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids

A adesão ao tratamento é analisada por meio de várias variáveis que refletem o comportamento e as percepções das participantes. Em relação ao abandono ao tratamento antirretroviral, 54 (66,7%) relataram nunca ter abandonado. Sobre o histórico de interrupção da medicação, 54 (66,7%) afirmaram nunca ter deixado de tomar a medicação (tabela 4).

Sobre os benefícios percebidos, 59 (72,8%) acreditavam que os medicamentos traziam muitos benefícios, e sobre a percepção de melhoria na qualidade de vida com os medicamentos, 44 (54,3%) relataram grande melhora. Quando perguntadas sobre o

incentivo do médico com base nos resultados de exames, 82,7% relataram sempre receber motivação. Quanto à relação que mantém com médico que as acompanha, 90,1% das mulheres relataram que tinham um bom relacionamento com os mesmos. Sobre a satisfação geral com o tratamento, 51,9% estavam muito satisfeitos (tabela 4).

A maioria das participantes (75,3%) mostrou que os efeitos colaterais nelas eram inexistentes. Referente a acreditar que perde tempo ocupando-se em tomar a medicação, a maior parte delas (96,3%) relataram não possuir esse sentimento, e no que diz respeito à autoavaliação de comprometimento com o tratamento, 64,2% se consideraram muito cumpridoras (tabela 4).

Sobre dificuldades em tomar a medicação, 81,5% afirmaram não ter dificuldades, e 67,9% nunca deixaram de tomar a medicação por um dia ou mais. Quanto às estratégias para lembrar de tomar os medicamentos, 63% utilizavam alguma estratégia (tabela 4).

Tabela 4: Análise dos fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Variáveis	N	%
Já abandonou o tratamento alguma vez?		
Não	54	66,67
Sim	27	33,33
Total	81	100
Deixou de tomar sua medicação alguma vez?		

Sempre	07	8,64
Mais da metade das vezes	00	0
Aproximadamente metade das vezes	04	4,94
Alguma vez	16	19,75
Nenhuma vez	54	66,67
Total	81	100

Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar a medicação?

Sempre	07	8,64
Mais da metade das vezes	01	1,23
Aproximadamente metade das vezes	01	1,23
Alguma vez	03	3,7
Nenhuma vez	69	85,19
Total	81	100

Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?

Sempre	07	8,64
Mais da metade das vezes	00	0
Aproximadamente metade das vezes	01	1,23
Alguma vez	03	3,7
Nenhuma vez	70	86,42
Total	81	100

Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido deixou de tomar a sua medicação?

Sempre	07	8,64
Mais da metade das vezes	00	0
Aproximadamente metade das vezes	02	2,47
Alguma vez	03	3,7
Nenhuma vez	69	85,19
Total	81	100

Lembra o nome da medicação?

0	70	86,42
2	11	13,58
Total	81	100

Como é a relação que mantém com seu médico?

Boa	73	90,12
Pode melhorar	06	7,41
Regular	02	2,47
Total	81	100

Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

Nada	07	8,64
Pouco	02	2,47
Regular	10	12,35
Bastante	14	17,28
Muito	48	59,26
Total	81	100

Quantas informações você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?

Nada	32	39,51
Pouco	22	27,16
Regular	12	14,81
Bastante	03	3,7
Muito	12	14,81
Total	81	100

Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?

Nada	03	3,7
Regular	07	8,64
Bastante	12	14,81
Muito	59	72,84
Total	81	100

Considera que sua vida melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?

Nada	21	25,93
Regular	08	9,88
Bastante	08	9,88
Muito	44	54,32
Total	81	100

Até que ponto se sente capaz de seguir com o tratamento?

Nada	01	1,23
Regular	06	7,41
Bastante	09	11,11
Muito	65	80,25

Total	81	100
Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?		
Não, nunca	07	8,64
Sim, alguma vez	05	6,17
Sim, aproximadamente a metade das vezes	05	6,17
Sim, muitas vezes	16	19,75
Sim, sempre	48	59,26
Total	81	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A tabela 5 visualizar as associações entre à situação de abandono à TARV em algum momento do tratamento, 33,3% das mulheres relataram já ter abandonado o tratamento em algum momento da vida, e a maioria delas (44,4%) passaram por um período de 1 a 5 anos sem uso da medicação por diversos motivos apresentados.

A faixa etária que se apresentou com a maior incidência de mulheres que passaram pela situação de abandono foi a de 30-39 anos (25,93%), associando a raça, a parda teve a representação de 31,03% das mulheres. O estado civil que mais teve relação com o abandono foi o de solteira (36,59%). Das participantes que abandonaram 48,15% possuíam o ensino fundamental incompleto. Quando questionadas sobre se viviam em sigilo, das 81,48% mulheres que relataram o sigilo ao vírus dessa quantidade, 27,27% já abandonaram o uso da medicação em alguns momentos da vida. O histórico de abandono à TARV foi avaliado entre as mulheres gestantes e foi observado que do total das participantes 100% (07) das gestantes nunca estiveram em situação de interrupção da medicação (tabela 5).

Tabela 5: Análise de associações entre as características sociodemográficas das mulheres com abandono à TARV atendidas nos SAE em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.

Histórico de Abandono à TARV				
Característica	Geral N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	p-valor
Faixa etária				
18-19	01 (1,23%)	01 (1,85%)	00 (0%)	0,384d (r=-0.1)
20-24	06 (7,41%)	04 (7,41%)	02 (7,41%)	
25-29	09 (11,11%)	07 (12,96%)	02 (7,41%)	
30-39	18 (22,22%)	11 (20,37%)	07 (25,93%)	
40-49	23 (28,4%)	17 (31,48%)	06 (22,22%)	
50-59	14 (17,28%)	09 (16,67%)	05 (18,52%)	
60-65	08 (9,88%)	04 (7,41%)	04 (14,81%)	
66-79	02 (2,47%)	01 (1,85%)	01 (3,7%)	
Sexo				
Feminino	76	50 (65,79%)	26 (34,21%)	0,660b
Masculino	05	04 (80%)	01 (20%)	
Gestante				
Não	74	47 (63,51%)	27 (36,49%)	0,089b
Sim	07	07 (100%)	00 (0%)	
Raça				
Branca	11	07 (63,64%)	04 (36,36%)	0,705b
Parda	58	40 (68,97%)	18 (31,03%)	
Preta	12	07 (58,33%)	05 (41,67%)	
Sigilo				
Não	15	06 (40%)	09 (60%)	0,034*a (v=0.27)
Sim	66	48 (72,73%)	18 (27,27%)	
Identidade de Gênero				
Cisgênero	76	50 (65,79%)	26 (34,21%)	0,660b
Mulher Trans	05	04 (80%)	01 (20%)	
Orientação Sexual				
Heterossexual	80	54 (67,5%)	26 (32,5%)	0,333b
Homossexual	01	00 (0%)	01 (100%)	
Estado Civil				
Casada	23	16 (69,57%)	07 (30,43%)	0,875b
Solteira	41	26 (63,41%)	15 (36,59%)	
União Estável	11	07 (63,64%)	04 (36,36%)	
Viúva	06	05 (83,33%)	01 (16,67%)	
Tempo de relacionamento				
0	36 (44,05%)	23 (39,62%)	13 (48%)	0,537d (r=0.07)

< 1 ano	09 (11,54%)	05 (9,43%)	04 (16%)	
1 ano–5 anos	17 (21,79%)	14 (26,42%)	03 (12%)	
6 anos–10 anos	10 (12,82%)	07 (13,21%)	03 (12%)	
11 anos–15 anos	04 (5,13%)	04 (7,55%)	00 (0%)	
16 anos–20 anos	01 (1,28%)	01 (1,89%)	00 (0%)	
> 21 anos	04 (5,13%)	01 (1,89%)	03 (12%)	
Escolaridade				
Sem alfabetização	07 (8,64%)	05 (9,26%)	02 (7,41%)	0,471d (r=0.08)
Fundamental Incompleto	31 (38,27%)	18 (33,33%)	13 (48,15%)	
Fundamental Completo	04 (4,94%)	03 (5,56%)	01 (3,7%)	
Ensino Médio Incompleto	07 (8,64%)	06 (11,11%)	01 (3,7%)	
Ensino Médio Completo	30 (37,04%)	20 (37,04%)	10 (37,04%)	
Ensino Superior Incompleto	01 (1,23%)	01 (1,85%)	00 (0%)	
Ensino Superior Completo	01 (1,23%)	01 (1,85%)	00 (0%)	
Área				
Rural	07	04 (57,14%)	03 (42,86%)	0,681b
Urbana	74	50 (67,57%)	24 (32,43%)	
Renda Familiar				
< 1 salário mínimo	22 (27,16%)	15 (27,78%)	07 (25,93%)	0,995d (r=0)
1 salário mínimo	49 (60,49%)	32 (59,26%)	17 (62,96%)	
2-3 salários mínimos	08 (9,88%)	05 (9,26%)	03 (11,11%)	
4–5 salários mínimos	02 (2,47%)	02 (3,7%)	00 (0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Associações como abandono do medicamento; p-valores marcados pela letra 'd' indicam realização do teste de Mann-Whitney e tamanho de efeito r; p-valores marcados pela letra 'b' indicam realização do teste Exato de Fisher; p-valores marcados pela letra 'a' indicam realização do teste Qui-quadrado, seguido do tamanho de efeito V de cramer; * significante a 5%; ** significante a 1%; *** significante a 0,1%.

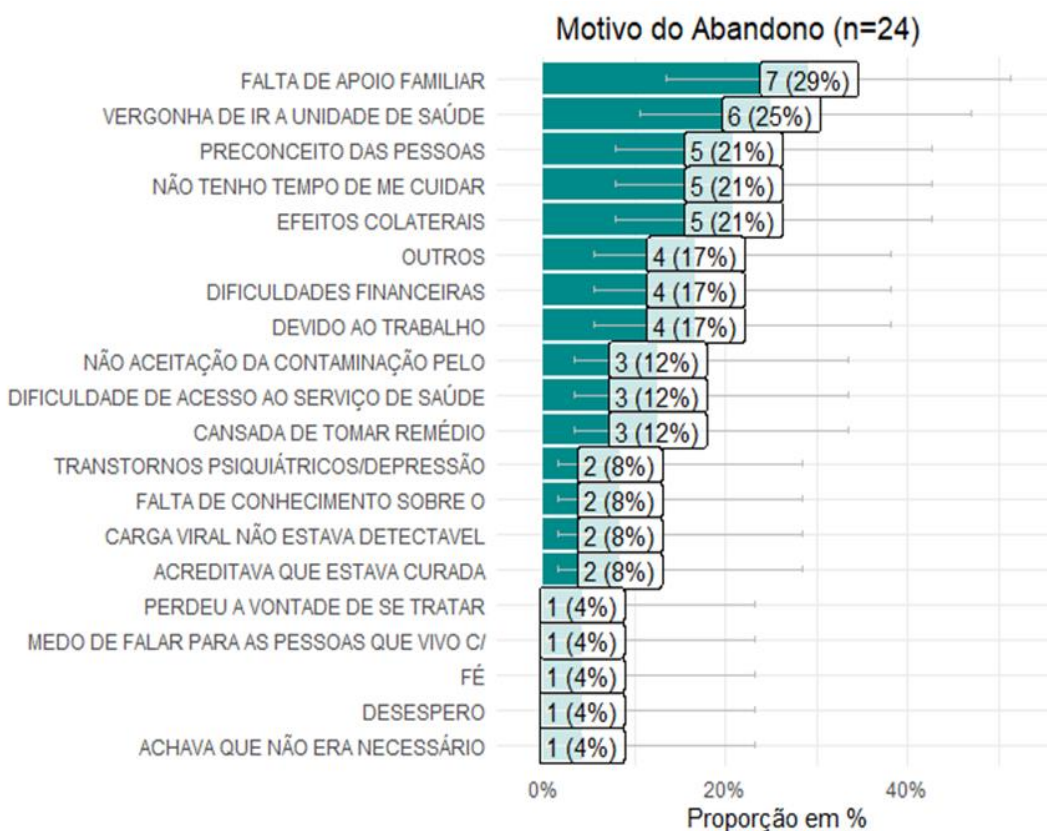
O teste não paramétrico de Mann-Whitney compara a distribuição dos postos entre dois grupos, avaliando se os valores de uma amostra tendem a ser maiores do que os da outra. Por trabalhar com a ordenação dos dados, ele pode ser aplicado a variáveis ordinais, desde que a sequência dos valores tenha um significado interpretável. Dessa forma, o teste é uma alternativa adequada para a comparação de variáveis categóricas

ordinais, pois permite identificar diferenças entre grupos sem exigir que os dados sigam uma distribuição normal (Scimago, 2020).

5.4 Análise das principais barreiras encontradas para adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids

Foi realizado um levantamento das principais barreiras encontradas para adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids, barreiras essas que consequentemente se desenvolvem como motivos para o abandono à terapia medicamentosa proposta para elas. Ao serem analisadas, a maior frequência foi observada na variável falta de apoio familiar, 7 (29,17%) relataram essa barreira, seguido por vergonha de ir à unidade de saúde, 6 (25%) e de preconceito por parte das pessoas, 5 (21%) (gráfico 3).

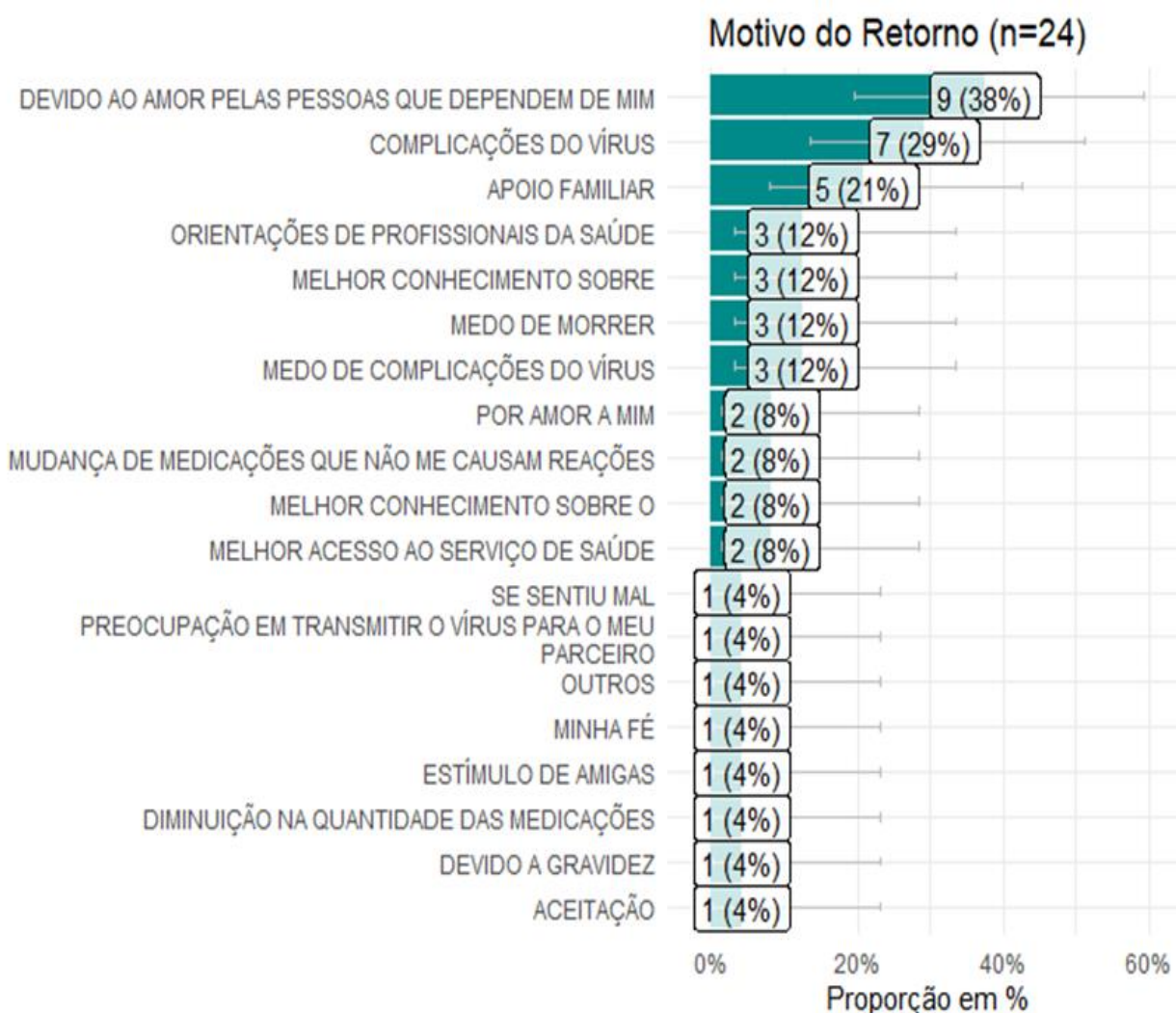
Gráfico 3: Levantamento das barreiras que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O motivo do retorno ao tratamento também foi avaliado nas mulheres que relataram o abandono à TARV em algum momento da vida durante a vivência com o HIV em situação de abandono das medicações. Em maior frequência, o motivo relatado foi: devido ao amor pelas pessoas que dependem de mim, 9 (38%), seguido por em decorrência de complicações do vírus, 7 (29%) (gráfico 4).

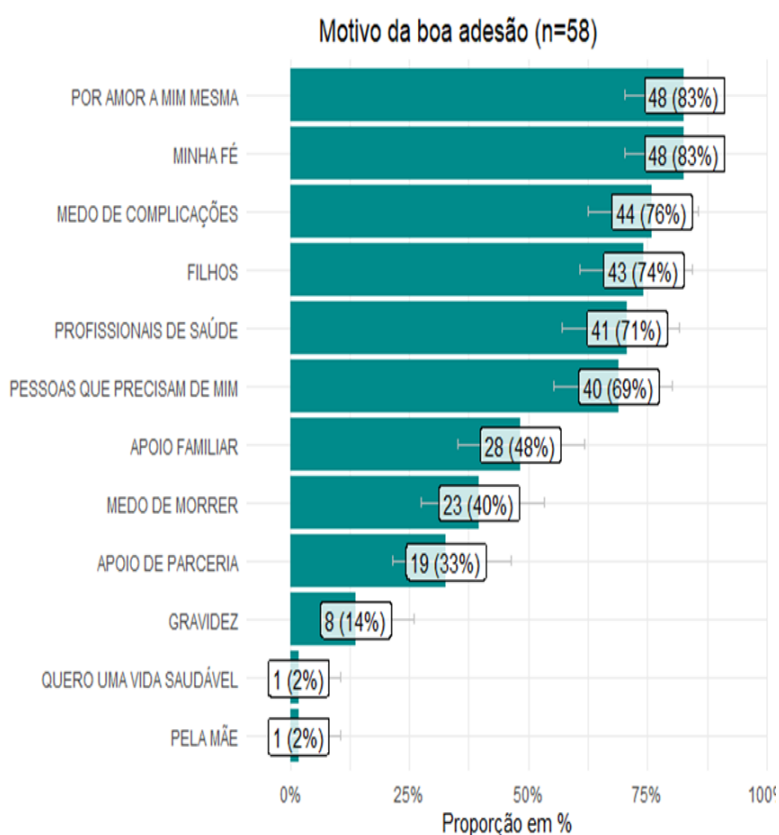
Gráfico 4: Motivos do retorno da adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Os motivos que levam as mulheres a terem uma boa adesão no uso da TARV foi investigado, e as participantes que apresentaram uma boa adesão ao tratamento e nunca estiveram em situação de abandono à TARV, quando questionadas sobre esses motivos, foi obtido com maior frequência o motivo: por amor a mim mesma, 48 (83%) (gráfico 5).

Gráfico 5: Motivos de boa adesão aos antirretrovirais por mulheres que vivem com HIV/aids atendidas nos SAEs em um estado da região do Nordeste do Brasil, Maceió/AL, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

6. DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográfica e clínica das mulheres que vivem com HIV/aids

A partir dos resultados do estudo, pode-se delimitar que o perfil sociodemográfico das mulheres que vivem com HIV/aids da amostra estudada compreende mulheres em sua maioria pardas, na faixa etária de 40 a 49 anos, solteiras e com ensino fundamental incompleto, residentes da área urbana e que vivem com apenas um salário mínimo.

O estudo também contou com a participação de mulheres transgêneras, pessoas cuja identidade e expressão de gênero não estão alinhadas às normas e expectativas sociais associadas ao gênero designado ao nascer, geralmente baseado em características físicas como a genitália (Carmo, 2022).

As mulheres transgênero estão, portanto, mais suscetíveis a enfrentar preconceito, estigma e violência, o que amplifica sua vulnerabilidade ao HIV/aids. Essa realidade evidencia a necessidade urgente de implementar políticas públicas que promovam ações integradas ao processo de cuidado, saúde e enfrentamento da doença. A vulnerabilidade ao HIV/aids entre pessoas transgênero está diretamente ligada a fatores socioeconômicos adversos e ao estigma social, que frequentemente alimenta práticas discriminatórias e dificulta o acesso a serviços de saúde, educação e oportunidades de trabalho (Souza, 2020).

Os achados resultantes da variável cor/raça, são justificados com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2021), visto que a maior parte dos brasileiros, se autodeclara de cor/raça parda, embora o quantitativo de pessoas que se autodeclaram pretas tenham apresentado um aumento significativo nos últimos 10 anos.

Também foi observado neste estudo que as mulheres que vivem com HIV/aids apresentam-se em maior quantidade com ensino fundamental incompleto. A escolaridade é fator importante para ser analisado, pois os casos de infecção com o vírus podem estar conectados à ausência de educação em saúde para o público, visto que a educação em saúde é um aliado essencial para a conscientização dos modos de transmissão, prevenção e preconceito do HIV (Amorim, 2024).

Aproximadamente metade das entrevistadas que vivem com HIV apresentam estabilidade conjugal no relacionamento com seus parceiros, e as mesmas relataram exposição ao vírus em decorrência da prática sexual, que por sua vez se encontra desprotegida. Tal situação pode ser explicada pela opressão exercida por parte dos parceiros que pode influenciar significativamente a autonomia das mulheres na tomada de decisões, como o uso de métodos de barreira nas relações afetivo-sexuais. Esse controle, somado à perpetuação de representações hegemônicas relacionadas ao “mito” da segurança nas relações estáveis, contribui para uma falsa sensação de proteção. Esses fatores não apenas potencializam a vulnerabilidade, mas também configuram situações de risco às quais as participantes estão expostas, aumentando a probabilidade de contaminação pelo HIV (Suto, 2020).

A dominação masculina estabelece obstáculos estruturais, institucionais e cotidianos à autonomia das mulheres, limitando suas alternativas e reservando a elas posições desiguais em relação aos homens. Isso se reflete também nas relações sexuais, uma vez que a atividade sexual e os riscos associados a ela estão ligados a um sistema de gênero que confere maior poder ao homem e restringe a mulher de tomar iniciativas, como, por exemplo, o uso de preservativo nas relações sexuais (Souza, 2020).

No presente estudo, a maioria das mulheres relatou viver com apenas um salário mínimo, evidenciando o impacto significativo das condições socioeconômicas na vulnerabilidade ao HIV em comunidades específicas. Fatores interligados, como pobreza, migração e mobilidade, desempenham um papel determinante na ampliação dos riscos de infecção nessas populações (Bauerman, 2021).

A análise revela que a epidemia de HIV/aids está profundamente entrelaçada com questões político-econômicas, destacando desigualdades estruturais que perpetuam a vulnerabilidade social e limitam o acesso a serviços essenciais. Esses dados reforçam a necessidade de abordagens intersetoriais que reconheçam e combatam as desigualdades existentes. É fundamental promover políticas públicas que garantam equidade e igualdade no acesso a serviços de saúde, educação e oportunidades econômicas. Essas ações podem contribuir para reduzir as disparidades enfrentadas por populações em situação de vulnerabilidade, incluindo mulheres vivendo com HIV/aids, e fortalecer o enfrentamento da epidemia de maneira mais eficaz e justa (Amorim, 2024).

No presente estudo, a principal causa de contaminação pelo HIV foi por meio de relações sexuais desprotegidas. Além disso, uma parcela significativa das entrevistadas relatou não fazer uso de preservativos, o que é preocupante, pois aumenta não apenas o risco de transmissão do HIV, mas também a vulnerabilidade a outras ISTs. Resultados semelhantes foram observados em um estudo realizado em um município de Pernambuco, região nordeste do Brasil, onde a predominância da forma de contágio entre as mulheres também foi por relações sexuais desprotegidas (Torres, 2020).

Nesse contexto, a prevenção combinada do HIV é uma abordagem integrada e abrangente que reúne estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais para prevenir a transmissão do vírus, adaptando-as às necessidades específicas de diferentes populações e contextos. Reconhecendo que nenhuma medida isolada é suficiente para interromper a epidemia, essa abordagem busca maximizar a eficácia por meio da combinação de intervenções complementares (Ibiapino, 2022).

As estratégias biomédicas incluem: PrEP, PEP, testagem regular, tratamento como prevenção, uso de preservativos e redução de danos. Já as estratégias comportamentais abrangem: aconselhamento, educação e conscientização e promoção do teste regular. Por fim, as estratégias estruturais envolvem: redução do estigma e discriminação, ampliação do acesso a serviços de saúde e empoderamento de

populações-chave. Essa abordagem integrada é fundamental para alcançar uma resposta eficaz e sustentável no enfrentamento da epidemia de HIV (Ibiapino, 2022).

6.2 Grau de adesão ao TARV das mulheres com HIV/aids

A aplicação do questionário CEAT-HIV no estudo possibilitou avaliar o grau de adesão das entrevistas ao tratamento, com isso pode-se observar que determinada parte das mulheres se encontravam em baixa adesão ao TARV, onde corresponde que as mesmas possuíam um escore bruto igual ou superior a 49 pontos. Para Cabral (2021) esses dados são preocupantes, visto que a principal causa da falha ao TARV é a baixa adesão do paciente, e a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à adesão, sendo fundamental que o paciente ingira pelo menos 85% dos medicamentos prescritos para garantir que a carga viral seja mantida indetectável.

A atual pesquisa afirma que a maior parcela das mulheres se apresenta com adesão estrita ao TARV, ou seja, este grupo segue o tratamento rigoroso para o HIV. Diversos são os fatores que contribuem para uma adesão satisfatória ao tratamento para o HIV, entre eles estão o apoio emocional e social ofertados pelos familiares e amigos, apoio que é necessário para lembrar de tomar as medicações, companhia durante as consultas, bem como a oferta de um local seguro para guardar os antirretrovirais. São essas pequenas ações da rede de apoio que são fatores positivos que contribuem para a adesão dos ARV (Barros, 2024).

Embora todas as gestantes participantes do estudo nunca tivessem vivenciado a situação de abandono ao tratamento, mais da metade desse grupo de mulheres apresentou baixa adesão a ele. Esse dado é preocupante, pois a adesão inadequada ao TARV está diretamente associada a diversos riscos de complicações da doença, inclusive ao aumento do risco de transmissão vertical do HIV, ou seja, da mãe para o

filho durante a gestação, parto ou amamentação. O estudo indica que a carga viral materna elevada é o principal fator de risco para essa forma de transmissão. Portanto, garantir que as gestantes mantenham uma adesão rigorosa ao tratamento é fundamental para minimizar a exposição do bebê ao vírus (Souza, 2024).

A transmissão vertical é a principal forma de infecção pelo HIV em crianças, ocorrendo em cerca de 65% dos casos durante o trabalho de parto e parto, e em 35% no período intrauterino. O aleitamento materno também eleva o risco de transmissão, variando entre 7% e 22%. Para reduzir essa transmissão, são necessários cuidados específicos em todas as fases do período gestacional da mulher e nutricional do bebê (Vilhaba, 2020).

Um pré-natal bem conduzido aumenta significativamente as chances de diagnóstico precoce do HIV, permitindo que a equipe obstétrica desenvolva estratégias eficazes de prevenção. Isso inclui o aconselhamento pré e pós-teste diagnóstico, o uso adequado de ARV e a escolha da via de parto com base na carga viral. Partos vaginais estão associados a maior risco de infecção em comparação com cesáreas (Vilhaba, 2020).

6.3 Fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/aids

Diversos são os fatores que influenciam na adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV. Nesta pesquisa ficaram evidenciados que as mulheres com a faixa etária entre 30 a 39 anos, de cor parda, ensino fundamental incompleto, que vivem com apenas um salário mínimo, residentes da zona urbana e que vivem o sigilo da positividade do vírus em algum momento da vida já abandonou o TARV.

Esses dados permitem corroborar com o estudo o qual afirma que pessoas de baixa renda e em situação de pobreza recorrentemente estão associadas a baixo grau

de escolaridade, este público de pessoas geralmente têm uma menor adesão ao tratamento proposto a eles (Barros, 2024).

A análise de adesão do TARV pelas mulheres atendidas nas SAE apresentadas neste estudo apresenta a quantidade de mulheres que desconhecem informações básicas sobre as medicações que tomam para o tratamento do HIV. Este dado aparenta ser reflexo do nível do conhecimento comprometido nelas e requer atenção por parte dos profissionais que as assistem.

Para o público com o nível de conhecimento comprometido é imprescindível um investimento urgente por parte das equipes de saúde em estratégias que promovam mudanças significativas no comportamento e na educação sanitária das pessoas que vivem com o vírus. Essas ações devem ter como objetivo principal capacitar as mulheres a processar, compreender e utilizar informações básicas sobre a doença, auxiliando-as no processo de tomada de decisões relacionadas à sua saúde e incentivando a participação ativa no cuidado compartilhado (Mandu, 2022).

Em um estudo realizado na cidade de João Pessoa, região nordeste do Brasil, para avaliar a adesão dos antirretrovirais de homens e mulheres cadastrados no SAE/CTA do município, foi observado um elevado nível de escolaridade entre os participantes com ensino superior completo e ensino médio completo, diferentemente dos dados da pesquisa atual onde a minoria do objeto estudado era que representava a escolaridade de ensino superior completo e de ensino médio completo. Pessoas que possuem maior escolaridade, apresentam-se com maior compreensão sobre o seu diagnóstico e seu tratamento medicamentoso, o que reflete em uma maior adesão à TARV (Felicio ,2022).

Sabendo que a maioria das participantes da pesquisa ao estarem em situação de abandono também retornaram ao tratamento, a pesquisa identificou os diversos fatores que as motivam a retornar a adesão à TARV, entre eles destaca-se: amor das pessoas que delas dependiam, complicações do vírus e o apoio familiar.

O amor próprio e a fé foram citados pelas mulheres como os principais motivos que as levam a terem uma boa adesão ao tratamento. Este amor tem um papel essencial na vida das mulheres que vivem com HIV, funcionando como um elemento terapêutico que contribui para a sua saúde emocional e qualidade de vida. Ele não se limita à aceitação individual, mas está intimamente ligado à criação de formas existenciais afirmativas, que ajudam essas mulheres a reconstruírem sua identidade e enfrentarem desafios sociais impostos pela desigualdade de gênero e pelo estigma associado ao HIV (Paquiela, 2023).

O amor próprio, entendido como uma ética afetiva aprendida e desenvolvida no convívio social, proporciona força e resiliência. Ele pode ser exercitado em qualquer contexto, fortalecendo a capacidade dessas mulheres de enfrentarem os desafios impostos pela condição de saúde e pelas interseções de opressão de gênero. Assim, o amor próprio não apenas contribui para o bem-estar individual, mas também atua como uma forma de resistência e empoderamento, possibilitando uma vida mais plena e digna, mesmo diante das adversidades (Paquiela, 2023).

A fé e a religiosidade podem auxiliar no enfrentamento do diagnóstico de HIV/aids quanto representar um desafio adicional. Como dimensão essencial da experiência humana, a religiosidade integra os múltiplos fatores que influenciam a saúde, incluindo aspectos biológicos, subjetivos, espirituais e socioculturais. Para muitas pessoas, especialmente mulheres, a fé em um ser supremo oferece suporte emocional e amparo, ajudando no processo de reconstrução pessoal e social após o diagnóstico (Junqueira, 2020).

O sigilo é um ponto bem importante quando falamos em pessoas que vivem com HIV, pois o próprio vírus é estigmatizado pela sociedade, desde a época do seu surgimento. Os resultados da pesquisa demonstram que as mulheres que não vivenciam o sigilo tendem a abandonar mais o tratamento do que aquelas que não vivem o sigilo do vírus.

A pessoa que vive com HIV desde o momento do diagnóstico vive aflições a respeito do revelar da sua sorologia. Esse sentimento é acompanhado pelo medo de

perder familiares, amigos e o emprego. Pessoas que vivem com o vírus sentem-se excluídas da sociedade principalmente se foram infectadas pelo vírus através da via sexual. Esses fatores contribuem para que as pessoas as mulheres vivam em sigilo absoluto, ou compartilhem para a quantidade mínima possível de pessoas a sua sorologia (Farias, 2023).

As diferentes experiências analisadas destacam a necessidade de estratégias de prevenção que promovam uma abordagem integrada ao "viver com HIV" para as mulheres, combinando intervenções tanto individuais quanto coletivas. Além disso, é essencial a implementação de medidas estruturais mais amplas, voltadas para a redução das desigualdades sociais e de gênero, a fim de fortalecer a adesão e o bem-estar dessas mulheres (Cabral, 2021).

A carga viral refere-se à quantidade de HIV presente no corpo, medida por exame de sangue. Altos níveis de carga viral aumentam o risco de transmissão, mas o tratamento eficaz pode reduzi-la a níveis "indetectáveis", eliminando o risco de transmissão sexual do vírus. Geralmente, a carga viral no sangue reflete a quantidade de vírus em outros fluidos corporais, como sêmen, líquido vaginal e retal, embora possam ocorrer diferenças entre eles. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) apoia o conceito "indetectável = intransmissível", confirmando, com base em forte consenso científico, que pessoas com HIV em tratamento eficaz e carga viral indetectável não transmite o vírus sexualmente (Silva, 2023).

6.4 Principais barreiras encontradas que implicam na adesão de mulheres à TARV

A TARV foi adicionada na Legislação Brasileira segundo a lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, dispondo sobre a distribuição gratuita de medicamentos às PVHA pelo SUS. Com essa implementação, houve grande melhora na expectativa de vidas das PVHA, entretanto, mesmo com o fácil acesso à TARV, ainda há uma porcentagem alta de pessoas vivendo com o vírus. (Almeida, 2021).

No presente estudo, houve participantes que interromperam o uso da TARV e adquiriram infecção oportunista decorrente do abandono. Tais dados necessitam de uma atenção especial, visto que essa atitude eleva o risco de transmissão do vírus e a susceptibilidade em adquirir demais doenças em decorrência da fragilidade do sistema imunológico (Santos, 2024). Durante a análise de prontuários e das entrevistas, permitiu-se fazer conhecer quais foram as situações que implicaram na adesão das mulheres à TARV e que conseqüentemente as levaram para uma situação de abandono aos fármacos indicados para deixá-las com a carga viral indetectável. Entre as respostas dadas pelas participantes, parte da amostra relatou abandonar o tratamento porque não tinham apoio familiar.

A adesão à TARV envolve não apenas aspectos biológicos, mas também subjetivos e sociais, refletindo as experiências individuais e as interações com o entorno ao longo do tempo, tendo em vista uma nova geração que envelheceu e/ou envelheceram com HIV/aids, superação de preconceitos, estigma social, tratamento de efeitos a longo prazo decorrente da terapia, e garantia de direito às PVHA. Desse modo, o cuidado com essas pessoas não é apenas o fornecimento da TARV, mas também à qualidade de vida (Cardoso, 2021).

A forma como uma pessoa vive a infecção pelo HIV e lida com o tratamento está profundamente ligada ao contexto social em que está inserida, incluindo o apoio de familiares, amigos e a rede de apoio em geral. Esse suporte social é fundamental para o enfrentamento de situações de estresse, comuns em pessoas que vivem com HIV, e pode ser um fator crucial para a adesão ao tratamento. A presença de uma rede de apoio contribui para a manutenção de uma atitude positiva em relação à continuidade do tratamento, pois proporciona segurança emocional e redução da ansiedade que pode acompanhar o diagnóstico e o seguimento da terapêutica (Melo, 2020).

A adesão adequada aos antirretrovirais é crucial para o sucesso terapêutico individual e para a redução das chances de transmissão do vírus para outras pessoas, ajudando a diminuir a incidência do HIV. Altos índices de baixa adesão indicam que

muitas mulheres vivendo com HIV enfrentam dificuldades com a TARV e não estão seguindo o tratamento de forma regular e eficaz (Cabral, 2021).

É fundamental que os serviços de saúde compreendam os motivos que levam as PVAH a abandonarem o tratamento, bem como os fatores que podem incentivá-las a retomá-lo. Para isso, a implementação de estratégias como a busca ativa por telefone mostra-se eficaz. Essa abordagem, além de ser de baixo custo e fácil de integrar à rotina dos serviços, permite restabelecer, manter e fortalecer o vínculo entre o paciente e a equipe de saúde. A busca ativa facilita o resgate de PVHIV que não estão frequentando os serviços de saúde ou aderindo ao tratamento proposto, promovendo uma comunicação acessível, rápida e eficiente (Mandu, 2022).

6.5 Limitações do estudo

As limitações encontradas durante a implementação deste estudo, destaca-se o receio das mulheres em participar do estudo, o que representou um obstáculo para alcançar o número ideal de participantes. Esse receio pode estar relacionado com o estigma associado ao HIV/AIDS, o medo de expor sua vida e condição sorológica, mesmo com a garantia de anonimato, ou a falta de compreensão sobre o impacto e os benefícios da pesquisa. Para contornar essa dificuldade e ampliar a participação, foram organizados encontros com grupos de apoio a pessoas vivendo com HIV e seus líderes. Durante essas reuniões, foi explicado de forma clara e objetiva a importância da participação das mulheres no estudo, destacando os benefícios que os resultados poderiam trazer para a melhoria das políticas públicas e dos serviços destinados a essa população.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a adesão ao tratamento do HIV entre as mulheres investigadas é influenciada por diversos fatores socioeconômicos e psicossociais. Observou-se que uma parcela significativa das mulheres apresenta baixa

adesão à terapia antirretroviral, enquanto um percentual menor mantém boa adesão ou adesão estrita. A maior prevalência das participantes encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos, sendo predominantemente autodeclaradas pardas, solteiras, com baixa escolaridade e renda de até um salário mínimo. Tais aspectos exigem atenção dos profissionais de saúde, pois a baixa escolaridade e consequentemente a baixa renda familiar pode comprometer a compreensão das orientações terapêuticas, tornando o manejo adequado da saúde um desafio.

Além disso, as mulheres que não vivenciam o sigilo tendem a abandonar mais o tratamento do que aquelas que não vivem o sigilo do vírus. As principais barreiras identificadas para a adesão incluem a falta de apoio familiar, o medo do preconceito e a vergonha de buscar atendimento nas unidades de saúde. Esses achados ressaltam a necessidade de estratégias voltadas ao suporte social, à educação em saúde e ao combate ao estigma, visando fortalecer a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Por outro lado, a pesquisa também revelou motivos que impulsionam a adesão rigorosa à TARV, como o amor-próprio e a fé. Esses elementos fortalecem o compromisso das mulheres com o tratamento, motivando-as a manter uma adesão regular e eficaz. Compreender as principais barreiras e os fatores determinantes e condicionantes que dificultam a adesão à TARV é fundamental para aprimorar as políticas públicas e os serviços de saúde do Estado destinados a este público. Esse conhecimento pode orientar a elaboração de estratégias mais eficazes para atender às necessidades específicas das mulheres vivendo com HIV/aids, promovendo melhores desfechos clínicos e sociais.

Os profissionais da enfermagem desempenham o papel essencial no acompanhamento de mulheres que vivem com HIV, pois esses profissionais são capacitados para oferecer suporte clínico, emocional e educativo ao público. O acompanhamento regular é fundamental para a melhoria da qualidade de vida, adesão ao tratamento e redução da discriminação e estigmatização que essas mulheres podem sofrer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. B.; DANTAS, P. S.; MAIA, L. F. S.. Não adesão ao tratamento de HIV/AIDS. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 483-489, dez. 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.36.483-489. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/531/550>. Acesso em: 04 nov. 2024.

AMARAL, V. M *et al.* Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: Do abandono do tratamento à motivação para a retomada. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 10, p. 5603–5623, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i10.2023-011. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10606>. Acesso em: 21 jan. 2025.

AMORIM, M. S. *et al.* Características sociodemográficas, clínicas, aspecto de estilo e qualidade de vida em mulheres que vivem com HIV. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 3, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/download/2375/1706>. Acesso em: 04 nov. 2024.

ARAÚJO, B. C. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV/aids: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, p. 67527-67527, dez. 2021. DOI: 10.5216/ree.v23.67527. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/67527/37710>. Acesso em: 02 nov. 2024.

BARROS, S. F. *et al.* Estigma e adesão ao tratamento em mulheres que vivem com HIV: revisão de literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 27, p. 1-21, 2024. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.v27.540. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/540/499>. Acesso em: 04 nov. 2024.

BARROSO, M.T.; PINHO, A.A.; MONTEIRO, S. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para os estudos sobre HIV/aids e mulheres: uma revisão de escopo da literatura nacional (Brasil). **Cadernos Saúde Coletivas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, agosto 2024. DOI: 10.1590/1414-462X202432010164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/SQZHz3q6ysZgkfRx5dxZBgm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan 2025.

BAUERMANN, C. L. **Análise espacial da síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS na faixa de fronteira do Brasil**. 2021. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Toledo, Toledo, 2021.

BRASIL. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da**

Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel). Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/siscel>. Acesso em: 06 jan. 2025.

BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023. **Ministério da Saúde**. p. 1-78, 2023

BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. **Ministério da Saúde**. v. 412, p. 1- 416, 2013.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ministério da Saúde**, v. 130, e, 84, p. 1-133, 2008.

BRASIL. **Sistemas de Informação - SISCEL**. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/siscel>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BROJAN, L. E. F. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein**, São Paulo, v. 18, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GFjjYsqDPLngNGWyCTtwT6Q/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 15 jan. 2025.

CABRAL, J. R. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral em mulheres: influência do perfil clínico e comportamental de saúde. **Ciencia y enfermería**, Recife, PE, v. 27, nov. 2021. DOI: 10.29393/CE27-25ATJR60025. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-25.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

CARDOSO, M. A. S. *et al.* Perfil e qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV. **Holos**, v. 37, n. 3, p. 1-16, out. 2021. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/10174/pdf/31120>. Acesso em: 08 nov. 2024.

CARMO, R. F. *et al.* Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Saúde Debate**, Belo Horizonte, v. 46, n. 135, p. 1107-1122, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213511. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57044>. Acesso em: 07 jan 2025.

CHIESA, P. *et al.* Profilaxia pré-exposição (PrEP) e as prevenções combinadas para redução da epidemia do HIV no Brasil: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, PR, v. 8, n. 5, p. 39075-39088, maio 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-414. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48313/pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

FARIAS, K. F. F. L. *et al.* Casais sorodiferentes: vivência e conflitos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. 1-9, mar. 2023. DOI: 10.25248/REAS.e11783.2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11783/7335>. Acesso em: 10 nov. 2024.

FELÍCIO, I. M. *et al.* Aspectos relacionados à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV em um serviço de saúde de João Pessoa-PB. **Research, Society and Development**, João Pessoa, PB, v. 11, n. 10, p. 1-9, jul. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32723. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32723/27701>. Acesso em: 10 nov. 2024.

GONÇALVES, B. C. *et al.* Fatores que influenciam a adesão da terapia antirretroviral (TARV). **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 4, p. 1-10, abr. 2022. DOI: 10.47820/recima21.v3i4.1341. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1341/1043>. Acesso em: 04 nov. 2024.

HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Goiânia, v. 24, n. 9, p. 1-9, jun. 2024. DOI: 10.25248/reas.e16834.2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16834/9257>. Acesso em: 05 nov. 2024.

HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Goiânia, v. 24, n. 9, p. 1-9, jun. 2024. DOI: 10.25248/reas.e16834.2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16834/9257>. Acesso em: 05 nov. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisas, Coordenação de pesquisas por Amostras de domicílios. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínuas 2012-2021**. 2021. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-obrasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 04 nov. 2024.

IBIAPINO, C. K., *et al.* Prevenção combinada: uma estratégia de efetivação da política nacional de DST/AIDS. **Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-estar**, Itabuna, v. 1, n. 3, 2023. DOI: 10.29327/2335218.1.3-6. Disponível em: <https://rebesbe.emnuvens.com.br/revista/article/view/73>. Acesso em: 06 jan. 2025.

KLEINUBING, R. E. *et al.* Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Revista Escola. Anna Nery**. v. 25, e, 5, p. 2-8, 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/csQkVq9nTRmKGGpMtFG5kDP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2024.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/?format=pdf&lang=pt>.
Acessado em: 15 jan. 2025.

LIMA-COSTA, M.F. BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, V. 12, n. 4, p. 189-201. Out-Dez, 2003. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2024.

LÔBO, A.L.S. F. *et al.* Representações sociais de mulheres frente a descoberta do diagnóstico do HIV. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**. v. 10, 2018.

MANDU, Juliete Bispo do Santos. **Abandono de tratamento de pessoas com HIV e retorno após busca ativa: Contribuições para enfermagem**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2022.

MARIANA, M. D. O., TELMA, L. S. J. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, Maceió, v. 28, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n61140. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/61140>. Acesso em: 21 jan. 2025.

MELLO, C. J. F. A. *et al.* Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Amapá, v. 12, n. 8, p. 1-10, jun. 2020. DOI: 10.25248/reas.e3423.2020. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3423/2173>. Acesso em: 04 nov. 2024.

OLIVEIRA, A. T. F.; SANTOS, A. R.; LOPES, S. A. S. O papel do enfermeiro frente ao diagnóstico positivo para o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, Itaperuna, RJ, v. 9, n. 8, p. 2793-2806, ago. 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i8.11126. Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11126/4834>. Acesso em: 05 Nov. 2024.

PAQUIELA, E. O. A. O sofrimento de mulheres que vivem com HIV e o amor interior como prática revolucionária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 75-84, 2023. DOI: 10.1590/0103-11042022E705. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5JqKsjY7xwGcP93WKYYDKgs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2025.

REMOR, M.; MILNER-MOSKOVICS J.; PREUSLER, G. Adaptação brasileira do “Questionário para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista Saúde Pública**, Madrid,

SANTOS, F. S. *et al.* Representações sociais entre gestantes vivendo com soropositividade para hiv: o discurso do sujeito coletivo. **Revista de Enfermagem Atual In Derme**. v. 96, p. 1-13, 2022 DOI:10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1202. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378049/katiasimoes20181202-textodoartigo-ptcopia.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SANTOS, K. L. *et al.* Transmissão vertical do HIV em gestantes: consulta coletiva como estratégia para redução. **Brazilian Journal of Development**, São Paulo, v. 6, n. 9, p. 66920-66931, set. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n9-214. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16390/13404>. Acesso em: 05 nov. 2024.

SANTOS, M. A.; MULLER, E. V.; MARTINS, C. M.. Efeitos Metabólicos da Terapia Antirretroviral em Mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Research, Society and Development**, Ponta Grossa, PR, v. 11, n. 1, p. 1-9, jan. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25409/22220>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SANTOS, M.C. F. *et al.* Mapeamento de intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v 56,p. 1-11, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0360. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PCNgxCyNq7y7dh9dMJx4y5c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2024.

SCIMAGO, I. R. Análise de dados ordinais em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200185>. Acesso em: 06 mar. 2025.

SILVA, L. M. S, SILVA, L. A. V. “Tô tranquila, estou com meus exames indetectáveis”: as relações afetivo-sexuais de mulheres jovens vivendo com HIV com carga viral indetectável. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Salvador, n. 39, p. 1-21, 2023. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2023.39.e22208.a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/3gD3BjkDMdxchNHMBHPZRzM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2025.

SILVA, M. A. M. **Adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde**. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

SILVA, M. E. L. B. *et al.* Pré-natal de mulheres que vivem com HIV: cuidados de enfermagem frente a transmissão vertical. **Revista Científica da Faminas**, v. 18, n. 1, p. 42-49, ago. 2023. Disponível em: <https://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/704/455>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SOUZA, F. M. A., MUÑOZ, I. K.; VISETIN, I. Z. Contexto de Vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **Humanidades & tecnologia em revista (FINON)**, Brasília, v. 20, p. 243-267, 2020. Disponível em:

https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/viewFile/1004/723. Acesso em: 06 jan. 2025.

SOUZA, K. R. F. *et al.* Vulnerabilidade de pessoas transgêneros ao HIV/AIDS: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, Pernambuco, v. 10, n. 56, p. 3238-3245. 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3238-3253 Disponível em: <https://revistasaucoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/909/1019>. Acesso em: 10 jan 2025.

STACANELLI, I. C, *et al.* Evolução histórica da terapia antirretroviral na infecção pelo HIV no Brasil. **Revista Unimontes Científica**, v. 26, n. 1, p. 1–33, 2024. DOI: 10.46551/ruc.v26n1a12. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/7023>. Acesso em: 21 jan. 2025.

STEFANINI, J. R. *et al.* Violência por parceiro íntimo em mulheres que vivem com HIV: Revisão integrativa. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, MG, v. 23, n. 2, p. 197 - 212, Jul/Dez, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/52252/27923>. Acesso em: 05 nov. 2024.

SUTO, C. S. S. *et al.* Mulheres de diferentes gerações que vivem com HIV: representações sociais sobre sexualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Bahia, v. 54, p. 1-9, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2019018303658. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VjzB3YhntrGHZGnwDdNpTYd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2025.

TAVARES, M. P. M. *et al.* Perfil epidemiológico da AIDS e infecção por HIV no Brasil: Revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, Itaperuna, v. 4, n. 1, p. 786-790, ago. 2023. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-068. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22883/18362>. Acesso em: 05 nov. 2024.

TONZAR, C.K.; KASEKER. M. P. A Invisibilidade da Premissa I = I sobre HIV/Aids na Revista Veja em 2019. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO - UFPB, 45, 2022, Paraíba. **Anais do 45° Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - UFPB**. Paraíba: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2022. p. 1-15.

TORRES, S. S. B. M. *et al.* Perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão ao tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Pernambuco, v. 12, n. 10, p. e4041-e4041, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/QbZDhW3GpyqGBPXMfJkq7P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2024.

v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007. Disponível:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v41n5/5773.pdf. Acesso em: 06 jan. 2025.

VILHABA, J. J., *et al.* Transmissão vertical do HIV e pré natal: Uma revisão de literatura. **Revista CEREUS**, Gurupi, v. 13, n. 1, p. 32-39, 2021. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v13n1p32-39. Disponível em:

<https://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3313/1746>. Acesso em: 06 jan. 2025

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados (Formulário de entrevista)**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Local da entrevista:

☐ PAM-SALGADINHO

☐ HOSPITA DIA

1. Nome:

2. Nº cartão SUS/ CPF:

3. Idade:

☐ 18-19 anos

☐ 20-24 anos

☐ 25- 29 anos

☐ 30- 39 anos

☐ 40-49 anos

☐ 50 – 59 anos

☐ 60- 65 anos

☐ 66 – 79 anos

☐ > 80 anos

4. Sexo:

☐ Feminino ☐ Masculino

5. Gestante?

☐ NÃO ☐ SIM Quantas semanas?

Faz pré-natal? ☐ SIM ☐ NÃO

6. Identidade de gênero:

☐ Mulher cis

☐ Mulher trans

☐ Homem trans

7. Orientação sexual:

☐ Heterossexual

☐ Homossexual

☐ Bissexual

8. Estado civil:

☐ Namorando ☐ União estável ☐ Casado (a)

☐ Solteiro (a) ☐ Viúvo (a)

9. Há quanto tempo está em um relacionamento sólido?

☐ > 1 ano

☐ 1 – 5 anos

☐ 6 – 10 anos

☐ 11 – 15 anos

☐ 16- 20 anos

☐ > 21 anos

10. Qual o seu grau de escolaridade?

☐ Sem alfabetização

☐ Ensino fundamental incompleto

☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto

☐ Ensino médio completo

☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

☐ Pós-graduação

11. Município de moradia?

12. Reside em qual área?

☐ Rural ☐ Urbana

13. Renda familiar:

☐ < 1 salário

☐ 1 salário

☐ 2 – 3 salários

☐ 4- 5 salários

☐ > 5 salários

14. Resultado da última carga viral realizada e data de realização:

Carga viral:

Data: __/__/__

15. Resultado da última contagem de Linfócitos CD4+ realizada e data de realização:

Linfócitos CD4+:

Data: __/__/__

16. Tempo de diagnóstico:☐ Entre 6 meses a 1 ano☐ 1 – 10 anos☐ 11 – 20 anos☐ 21 – 30 anos☐ 31- 40 anos☐ 44 anos**17. Tempo de início de uso da TARV:**☐ Entre 6 meses a 1 ano☐ 1 – 10 anos☐ 11 – 20 anos☐ 21 – 30 anos☐ 31- 40 anos☐ 44 anos**18. Já realizou PrEP em algum momento da vida antes de adquirir o vírus?**☐ SIM ☐ NÃO Há quanto tempo? _____

Por quanto tempo? _____

Houve falha no tratamento? O que houve?

19. Já realizou PEP em algum momento da vida?☐ SIM ☐ NÃO Há quanto tempo? _____

Houve falha no tratamento? O que houve?

20. Forma de contaminação pelo HIV:

- ☐ Transmissão vertical ☐ Via sexual ☐ Hemodiálise
☐ Perfuro-cortantes ☐ Transfusão sanguínea ☐ UDI ☐ Tatuagens e piercing
☐ Outros. Qual? _____

21. Parceria sexual:

- ☐ Parceiro fixo ☐ Múltiplos parceiros
☐ Sem parceria sexual

22. Seu (a) parceiro(a) sabe que você vive com HIV?

- ☐ NÃO ☐ SIM

23. Seu (a) parceiro(a) vive com HIV?

- ☐ NÃO ☐ SIM

24. Uso do preservativo:

- ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Não faço uso

25. Qual preservativo faz uso?

- ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Os dois tipos

26. Já teve alguma infecção oportunista em decorrência ao HIV/AIDS?

- ☐ NÃO ☐ SIM

Qual foi?

27. Já esteve em situação de abandono á TARV e o acompanhamento médico?

☐ SIM ☐ NÃO Por quanto tempo esteve?

- ☐ < 100 dias
☐ >100 dias
☐ 365 (1 ano)
☐ 365 – 1.825 dias (1 – 5 anos)
☐ 2.190- 3.650 dias (6 – 10 anos)
☐ > 3.650 dias (> 10 anos)

28. O que te levou ao abandono da TARV?

- ☐ () Dificuldade no acesso ao serviço de saúde por questões burocráticas do serviço
- ☐ () Devido ao trabalho
- ☐ () Falta de apoio do parceiro
- ☐ () Falta de apoio familiar
- ☐ () Falta de conhecimento o HIV
- ☐ () Reações negativas as medicações
- ☐ () Vergonha de ir a unidade de saúde
- ☐ () O serviço de saúde fica longe da minha casa
- ☐ () Dificuldades financeiras
- ☐ () Não aceitação da contaminação pelo HIV
- ☐ () Não tenho tempo de me cuidar
- ☐ () Preconceito por parte das pessoas
- ☐ () Não sou bem acolhido pelos profissionais de saúde dos serviços
- ☐ () Outros motivos. Quais? _____

29. Se já esteve situação de abandono á TARV e hoje não mais, o que te levou a reiniciar a TARV?

- ☐ () Complicações do vírus
- ☐ () Aceitação do HIV
- ☐ () Apoio da parceria
- ☐ () Apoio familiar
- ☐ () Melhor conhecimento sobre o HIV
- ☐ () Melhor acesso ao serviço de saúde
- ☐ () Devido a gravidez
- ☐ () Devido ao amor pelas pessoas que dependem de mim
- ☐ () Mudança de medicações que não me causam reações
- ☐ () Outros. Quais? _____

30. Se nunca esteve em situação de abandono á TARV, quais são os fatores que te impulsionam para a boa adesão ao tratamento?

- ☐ () Por amor a mim mesma
- ☐ () Devido ao medo de complicações do HIV

- () Existem pessoas que precisam de mim
- () Gravidez
- () Filhos
- () Apoio da parceria
- () Apoio familiar
- () Minha fé
- () Estimulo dos profissionais de saúde
- () Medo de morrer
- () Outros. Quais? _____

APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados (Questionário CEAT-HIV)

QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL (CEAT-VIH, VERSÃO EM PORTUGUÊS [BRASIL])

Durante a semana

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

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

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

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

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

8. Quantas informações você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?

9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?

10. Considera que sua vida melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?

11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?

13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?

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

Qual? _____

SIM	NÃO

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Fatores condicionantes e determinantes para adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/AIDS**”, das pesquisadoras Kassira Ferreira Felix de Lima Farias e Amuzza Aylla Pereira dos Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1/17. O estudo se destina a descrever os fatores determinantes e condicionantes para adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/AIDS.

2/17. A importância deste estudo se dá em nortear gestores e profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, em soluções baseadas em demandas individualizadas para as mulheres que vivem com HIV/AIDS, a fim de promover a melhoria do acesso e manutenção do tratamento deste público.

3/17. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: reconhecer os fatores associados ao abandono e a adesão dos antirretrovirais por mulheres com HIV/AIDS, a fim de intervir para que este público possa obter resultados satisfatório no tratamento com o objetivo de controlar a epidemia do HIV/AIDS e mulheres com carga viral indetectável no Estado.

4/17. A coleta de dados começará em abril/2024 e terminará em outubro/2024.

5/17. O estudo será feito da seguinte maneira: você será convidada a participar da pesquisa e se aceitar, este termo será assinado por você e por mim em duas vias. Uma via deste termo será entregue a você e outra ficará comigo. Após isto, será iniciado uma entrevista com a aplicação de um questionário para que você responda algumas perguntas. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa.

6/17. A sua participação será nas seguintes etapas: Entrevista juntamente com o preenchimento de um questionário e avaliação das informações contidas no seu prontuário.

7/17. É importante que você entenda que o procedimento desta pesquisa não tem relação com o atendimento de rotina do serviço, sendo assim não irá interferir na rotina do serviço, assim como no desenvolvimento das atividades profissionais de seus trabalhadores.

8/17. O aceite ou recusa em participar desta pesquisa não prejudicará o seu atendimento nesta unidade de saúde.

9/17. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: constrangimento por estar sendo entrevistada e desconfortos emocionais, pois pode levar a lembranças por vezes não desejáveis. Para minimizar este risco, os esclarecimentos necessários à pesquisa serão realizados de forma individualizada previamente e em sala privativa, bem como você poderá optar em não responder quaisquer perguntas. Outro risco diz respeito à quebra da confidencialidade da sua identidade e para minimizar este risco apenas as pesquisadoras terão acesso às suas informações e o arquivo com essas informações estará protegido por senha. Além disso, utilizaremos um pseudônimo para sua identificação.

10/17. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a elaboração de relatórios com os resultados da pesquisa a serem encaminhados à gestão do serviço dos ambulatorios onde serão realizadas a coleta de dados, bem como à coordenação do Programa de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde de Maceió. Além deste, serão preenchidas as lacunas de conhecimento científico sobre esta temática, podendo a comunidade científica, através dos dados, elaborar outros estudos na área.

11/17. Você será informada do resultado do projeto e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo ao realizar o contato com a pesquisadora que disponibiliza seus contatos para eventuais dúvidas e esclarecimentos sobre as etapas da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão fornecidos as participantes se assim forem dos seus interesses. A pesquisadora durante a coleta de dados as mesmas irão perguntar se elas têm interesse em saber os resultados da pesquisa, sendo a resposta positiva, a pesquisadora irá pegar o número dos seus telefones e após a finalização da pesquisa irá entrar em contato para assim enviar uma cópia da dissertação, bem como a publicação do artigo em revista científica.

12/17. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13/17. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

14/17. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você e você será ressarcida por toda e qualquer despesa decorrente da pesquisa.

15/17. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.

16/17. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

17/17. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano (CEP) da UFAL pelo telefone: (82) 3214-1041 e e-mail: cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro.

Cidade/CEP: Maceió/ 57072-900

Telefone: (82) 3214-1100

Ponto de referência: -

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, C
Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Contato de urgência: Sr(a). Kassara Ferreira Felix de Lima Farias

Endereço: Universidade Federal de Alagoas – UFAL - Av. Lourival Melo Mota
Tabuleiro.

Cidade/CEP: Maceió/ 57072-900

Telefone: (82) 98892-5869

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
---	--

Maceió, _____ de _____ de 2024

ANEXO C- Declaração de autorização institucional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

05/10/2023, 07:15

SEI/SEDE - 32570855 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
Avenida Lourival Melo Mota, s/nº - Bairro Cidade Universitária
Maceió-AL, CEP 57072-900
- <http://hupaa-ufal.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 66/2023/SGPITS/GEP/HUPAA-UFAL-EBSERH

Maceió, 01 de setembro 2023.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **"FATORES PROMOTORES E INIBIDORES DA ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS POR MULHERES COM HIV/AIDS"**, que tem como pesquisadora principal **AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS**.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares, normas internas do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde (POP's). No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais e as normativas, o Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, e logo após a **plena aprovação do CEP/HUPAA**, será emitida a **AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**, que dará à Equipe de Pesquisa autorização para desenvolvimento da pesquisa nas dependências do Hupaa-Ufal.

Prof. Dr. Mario Juca
Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Mario Jorge Juca, Chefe de Setor**, em 04/09/2023, às 06:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **32570855** e o código CRC **3FA441B5**.

Referência: Processo nº 23540.014809/2023-10 SEI nº 32570855

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFAL)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS </div> <div>  </div> </div>
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: FATORES DETERMINANTE E CONDICIONANTES PARA ADEÇÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS POR MULHERES COM HIV/AIDS
Pesquisador: Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 76886223.4.0000.5013
Instituição Proponente: CNPJ Duplicado
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 6.692.068
Apresentação do Projeto:
<p>A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é um processo dinâmico e multifatorial que exige decisões compartilhadas e corresponsáveis entre a PVH, equipe de saúde e o meio social a qual a PVH está inserida. Para que exista uma boa adesão ao uso do TARV é necessário que o paciente tenha conhecimento a respeito da patologia, o objetivo do tratamento e a participe da decisão de iniciá-lo.</p> <p>Objetivo: Analisar os fatores promotores e inibidores da adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/AIDS. Metodologia: Estudo observacional, descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. Resultados esperados: A pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento do público e uma assistência mais personalizada objetivando o controle da epidemia do HIV e mulheres com carga viral indetectável.</p>
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
<p>Analisar os fatores promotores e inibidores da adesão aos antirretrovirais por mulheres com HIV/AIDS.</p>
Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
<p>Os riscos serão mínimos, tais como constrangimento e desconfortos emocionais que podem surgir durante a entrevista, devido a lembranças indesejáveis. Para minimizar este risco, serão prestados</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL Bairro: Cidade Universitária UF: AL Município: MACEIO Telefone: (82)3214-1041 </div> <div> CEP: 57.072-900 E-mail: cep@ufal.br </div> </div>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.692.068

os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa realizada de forma individualizada previamente em sala privativa, podendo o participante optar em participar ou não da pesquisa, bem como negar-se a responder quaisquer perguntas.

O risco na quebra da confidencialidade da identidade dos participantes também é existente. Para minimizar este risco, apenas o pesquisador terá acesso ao arquivo onde estarão as informações dos participantes da pesquisa (protegidos por senha), bem como o pesquisador irá usar a identificação M1, M2, M3 etc. para fazer a identificação de cada participante.

O pesquisador irá assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa em todas as suas fases, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou as comunidades, inclusive em termos de auto, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

O sigilo da identidade dos participantes será garantido e os resultados expostos de forma anônima. Neste sentido, o pesquisador irá garantir ao participante o direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca da conduta que será realizada. O material e os dados obtidos na pesquisa serão exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Benefícios:

Entre os benefícios da pesquisa, serão elaborados relatórios com os resultados da pesquisa a serem encaminhados à gestão do serviço dos ambulatórios onde serão realizadas a coleta de dados, bem como à coordenação do Programa de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde de Maceió. Além deste, serão preenchidas as lacunas de conhecimento científico sobre esta temática, podendo a comunidade científica, através dos dados, elaborar outros estudos na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma Mestrado, onde será desenvolvido um estudo observacional, descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2254257.pdf

folhaassinado.pdf

publicizacao.pdf

tcle.docx

compromisso.pdf

secretaria.pdf

autorizacao.pdf

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.692.068

Cronograma.docx

Orcamento.docx

Projeto.docx

Recomendações:

Vide Pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto encontra-se pendente com os seguintes óbices éticos:

1. No documento publicizacao.pdf, postado 19/12/2023:

1.1 Não foi declarado no documento que as participantes terão acesso aos resultados e como será esse acesso. A publicação de artigos em revistas científicas ou congressos, por exemplo, não dá acesso as participantes dos resultados. Solicita-se a inclusão desta informação.

2.No documento tcie.docx, postado 19/12/2023:

2.1 O documento deve ser numerado em ordem crescente colocando-se 1/2, 2/2 para garantir a completude do documento.

2.2 No item 4 é colocado que "A coleta de dados começará em fevereiro/2024 e terminará em julho/2024.", no entanto, como o projeto ainda não passou por apreciação ética não é permitido o início da coleta de dados. Solicita-se a correção da data.

2.3 No item 11 é colocado "Você será informado (a) do resultado do projeto e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.", no entanto, não é registrada a forma que as participantes terão acesso a esta informação. Solicita-se adequação.

3. Tanto no Cronograma.docx como no Projeto.docx, ambos postados 19/12/2023, é necessário corrigir a data de início da coleta de dados, pois está anterior a aprovação por este CEP. Solicita-se adequações.

LER COM ATENÇÃO.

a) Em caso de novas pendências, para permitir uma maior agilidade na análise e no retorno do parecer aos interessados, será obrigatória a apresentação de uma Carta Resposta. Nesse documento, é necessário que logo após a descrição da pendência apontada, os autores devem

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEJO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** ccep@ufal.br

Página 03 de 08

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.692.068

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.692.068

escolher entre as seguintes opções principais: 1) descrever a os motivos para a defesa da manutenção do texto original ou, 2) realizar a alteração solicitada.

b) Com o objetivo de facilitar o trabalho do relator e agilizar o retorno da avaliação ética, solicita-se que: juntamente com a descrição da pendência (repetição do texto recebido) e sua resposta (de preferência com destaque, exemplo: em vermelho ou negrito), os autores informem a localização das mesmas no documento pertinente. Para tal fim é necessário que sejam descritos a página e o parágrafo onde se poderá encontrar os textos.

Exemplo:

Pendência declarada:.....

Resposta dos autores:..... (2º parágrafo da página 9 do projeto).

c) Solicita-se que, antes da inserção dos documentos que sofreram alterações, as versões antigas dos mesmos sejam retiradas da PB.

d) Atentar para a necessidade de reanexar os documentos ausentes e/ou os com solicitação de ajustes.

e) Informamos que este CEP/UFAL só admite, no MÁXIMO (GRIFO NOSSO) três submissões e apreciações de pendências éticas. Caso a terceira (última) avaliação originada do CEP apresente pendências, o projeto deverá ser retirado e submetido à PB como NOVO PROJETO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a), de acordo com as diretrizes para pesquisas definidas pela Res. CNS 466/12 e suas complementares, seu protocolo está PENDENTE e, para que este seja considerado aprovado, deverá resolver todos os questionamentos e sugestões constantes no item CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES deste Parecer Consubstanciado.

Somente após esta reavaliação e possível aprovação é que esta poderá ser iniciada. Além disso, destacamos que:

V.Sª. terá um trâmite conosco de ATÉ 30 DIAS, após a data de emissão deste Parecer

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.692.268

Consubstanciado, para resolução de suas pendências, porém, após este prazo, seu protocolo será considerado retirado. No entanto, solicitamos que o envio dos documentos pendentes NÃO ULTRAPASSE PRAZOS MAIORES QUE 15 DIAS CONSECUTIVOS, a fim de que o processo de tramitação possa ser mais rapidamente resolvido.

Para uma maior agilidade de análise e de retorno, solicitamos responder as pendências apontadas através de carta resposta, descrevendo a pendência e respondendo-a.

Lembramos que algumas adequações devem ser realizadas diretamente no projeto (Ex.: Orçamento e Cronograma) e outras apenas na carta resposta (procedimento, risco, benefício, critérios de interrupção, etc.) e/ou na documentação anexa (Ex.: TCLE, declarações, instrumento de coleta de dados, etc).

Atentar-se aos casos de necessidade de reanexar documentos ausentes e/ou com solicitação de ajustes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2254257.pdf	20/12/2023 17:43:35		Aceito
Folha de Rosto	folha_assinado.pdf	20/12/2023 17:43:19	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	publicizacao.pdf	19/12/2023 22:08:30	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	19/12/2023 22:08:14	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	19/12/2023 22:06:26	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	secretaria.pdf	19/12/2023 22:06:10	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	19/12/2023 22:05:52	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/12/2023 22:05:38	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/12/2023 22:05:25	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.docx	19/12/2023 22:04:54	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** csp@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 8.592.088

Investigador	Projeto.docx	19/12/2023 22:04:54	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
--------------	--------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 07 de Março de 2024

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: ccp@ufal.br