

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NA CIDADE  
DE UBERLÂNDIA - MG**

**UBERLÂNDIA – MG**

**2019**

**MAÍRA ROCHA DE CARVALHO**

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE  
UBERLÂNDIA - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia-MG, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori

**UBERLÂNDIA - MG**

**2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

C331f  
2019      Carvalho, Maíra Rocha de, 1980  
            Fatores associados ao abandono ao tratamento antirretroviral em um  
            serviço especializado na cidade de Uberlândia - MG [recurso eletrônico]  
            / Maíra Rocha de Carvalho. - 2019.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.1362>

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. 2. AIDS (Doença). 3. Terapia antirretroviral de  
alta atividade. 4. Adesão à medicação. I. Hattori, Wallisen Tadashi,  
1978, (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

---

CDU: 61

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 09 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: 34 3225-8628 - www.ppcs.famed.ufu.br - copme@ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 024/PPCSA				
Data:	28.08.19	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	17:00h
Matrícula do Discente:	11712CSD021				
Nome do Discente:	Maíra Rocha de Carvalho				
Título do Trabalho:	Fatores associados ao abandono do tratamento antirretroviral em um serviço especializado na cidade de Uberlândia				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	1: Epidemiologia da ocorrência de doenças e agravos à saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Atividade Física e Aspectos fisiológicos associados à Saúde				

Reuniu-se na sala 29 do bloco 2U, Campus Umarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Rosuita Fratari Bonito, Marília Rodrigues Moreira (UFU) e Wallisen Tadashi Hattori FAMED/UFU orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Wallisen Tadashi Hattori, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Wallisen Tadashi Hattori, Presidente**, em 28/08/2019, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 28/08/2019, às 18:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Rodrigues Moreira, Usuário Externo**, em 11/09/2019, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1505389** e o código CRC **A3557D0F**.

*"Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas".*

Luis Fernando Veríssimo

Dedico:

A Deus, por sempre direcionar meus passos;  
À minha mãe Margot Santos da Rocha e ao  
meu pai Antônio José de Carvalho, por sempre  
estarem ao meu lado, me apoiando em todos  
os momentos da minha caminhada;  
Ao meu esposo Mayer e meu filho Bernardo!  
Vocês são meu sustentáculo, meu porto  
seguro, a força que me fez chegar onde  
cheguei.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores de risco que levam ao abandono do tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal que foi desenvolvido em um Ambulatório Especializado para tratamento de HIV/Aids, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Considerou-se uma amostra de 120 prontuários selecionados aleatoriamente, sendo 60 prontuários de pacientes em abandono e 60 prontuários de pacientes em adesão ao tratamento. **Resultados:** Na amostra estudada observou-se predominância de homens heterossexuais com idade entre 20 e 39 anos. No grupo, que abandonaram o tratamento apresentaram frequência observada maior que o esperado para indivíduos em menor de 40 anos e maior frequência observada para ex-usuários de drogas e para quem tinha tatuagem. **Conclusão:** A identificação de fatores de risco relacionados ao abandono do tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids pode contribuir para melhorar o cuidado e instituir ações para evitar o abandono.

**Palavras-chave:** Aids, Terapia Antirretroviral, Adesão a Medicação.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the risk factors that lead to the abandonment of treatment of people living with HIV / AIDS. **Methods:** This is a cross-sectional observational study that was developed in a specialized outpatient clinic for the treatment of HIV / AIDS, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections. A sample of 120 randomly selected medical records was considered, being 60 medical records of patients in abandonment and 60 medical records of patients adhering to treatment. **Results:** There was a predominance in the sample of heterosexual men aged between 20 and 39 years. Individuals who abandoned treatment had a higher frequency than expected for individuals younger than 40 years and higher frequency observed for former drug users and for tattooing. **Conclusion:** The identification of risk factors related to treatment abandonment of people living with HIV / AIDS, such as those described in this study, can contribute to improve care for these people by identifying early abandonment.

**Keywords:** Aids, Antiretroviral Therapy, Medication Adherence.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Associações entre os grupos (adesão e abandono).....	30
---	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aids	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	-	Antirretrovirais
AZT	-	Zidovudina
CDC	-	<i>Centers for Disease Control</i>
CEP/UFU	-	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP/UFU)
DDAHV	-	Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais
DPOC	-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HAART	-	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	-	Instituto Nacional do Câncer
IP	-	Inibidores de Protease
IST	-	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	-	Ministério da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PVHIV	-	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TARV	-	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	-	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WOG	-	<i>Wrath of God</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>17</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>27</b>
3.1 Participantes .....	27
3.2 Procedimentos .....	28
3.3 Análises de Dados .....	29
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 80 foram identificados os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Após mais de quatro décadas da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda surgem diversos desafios na tentativa de entender os vários aspectos que foram suscitados por essa epidemia (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, 37 milhões de pessoas no mundo viviam com HIV, 15 milhões ainda necessitam de tratamento e 1,8 milhão de pessoas foram infectadas com HIV em 2017. No Brasil, entre 2007 e junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 247.795 casos de infecção pelo HIV, 117.415 (47,4%) na região Sudeste, 50.890 (20,5%) na Região Sul, 42.215 (17%) na região Nordeste, 19.781(8,0%) na região Norte e 17.494 (7,1%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018).

O estilo de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids tem se modificando nos últimos anos, e muito se deve aos avanços relacionados ao surgimento da Terapia Antirretroviral (TARV), que garantiu um aumento da sobrevida, com diminuição das interações pelas doenças oportunistas que surgem com o HIV e queda da mortalidade (MARINS *et al.*, 2003).

A infecção pelo HIV tem caráter crônico evolutivo, mas é potencialmente controlável desde que surgiu a TARV combinada e os marcadores biológicos, como CD4 e a Carga Viral, usados no monitoramento de seu avanço no organismo. Esses

avanços tecnológicos contribuíram positivamente na vida das pessoas que vivem e convivem com HIV (BRASIL 2008).

O acesso à TARV teve uma significativa expansão na última década, visto que no final do ano de 2008, existiam cerca de quatro milhões de pessoas que estavam em uso da TARV nos países em desenvolvimento. Isso significou um aumento de mais de um milhão de pessoas (36,0%) quando comparado aos dados de 2007. Segundo Santos *et al.* (2011), houve uma expansão de 10 vezes em cinco anos.

O sistema de saúde no Brasil distribui medicamentos para as doenças oportunistas desde o ano de 1988 e zidovudina (ARV) desde 1991. Mas foi em 1996, de forma pioneira e inovadora, dentre as estratégias implantadas para o controle da epidemia de HIV no país, que foi sancionada a Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996, que tem garantido acesso gratuito e universal de medicamentos às pessoas com HIV/Aids. Esse ano foi um marco na epidemia da Aids no país, porque foi justamente nesse período que originou o advento de novas classes de medicamentos antirretrovirais (ARV): inibidores de protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídios. A partir de então, foi proposto o tratamento com a associação de drogas ARV (SANTOS *et al.*, 2011).

A eficácia da terapia TARV para o HIV já se encontra estabelecida na literatura científica, mas a efetividade da mesma dependerá da adesão dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais. Estudos apontam a necessidade de níveis elevados de adesão às TARV para a redução da replicação do HIV no sangue circulante, e muito tem sido feito na intenção de reduzir a morbidade e de manter a qualidade de vida dos portadores do HIV. Para que uma pessoa com Aids atinja

supressão viral, o percentual de adesão aos esquemas terapêuticos deve ser de pelo menos 80%, segundo apontam os estudos (SILVA *et al.*, 2015).

Para o Ministério da Saúde (MS), a adesão é um processo multifatorial e dinâmico que se pauta em aspectos físicos, psicológicos, culturais, comportamentais e sociais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, equipe e sua rede social (BRASIL, 2008).

O Consenso Brasileiro para a Terapia Antirretroviral chama a atenção para o fato de que a adesão não é um processo linear, pois podem ocorrer dificuldades com o tempo, com momentos nos quais os usuários têm maior ou menor adesão (BRASIL, 2008b). Sendo assim, deve-se ter o entendimento de que não é uma característica do usuário ser aderente, mas ele deve ter a condição de estar aderente (SILVA *et al.*, 2015).

Apesar dos grandes avanços verificados nos últimos quinze anos no tratamento da Aids, ainda persiste o desafio de garantir uma boa adesão dos pacientes com HIV/Aids aos cuidados requeridos. Isto requer não somente o uso correto dos ARV, como também a adesão efetiva ao serviço de saúde (SCHILKOWSKY; PORTELA; SÁ, 2011).

A não adesão ou baixa adesão ao uso da TARV diz respeito à falência dos esquemas básicos de tratamento, mostrando a necessidade de adotar esquemas terapêuticos, considerados no Brasil, de resgate. Estes esquemas são mais complexos e normalmente exigem um número maior de comprimidos. Não aderir pode ser considerado uma ameaça nos planos individual e coletivo, se levados em consideração o comprometimento da efetividade da terapia medicamentosa, o que favorece a disseminação do vírus que apresentará resistência aos medicamentos

disponíveis, além do impacto para as políticas públicas de oferta de ARV e também para o sistema de saúde como um todo (SILVA *et al.*, 2015).

O acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids nos serviços de saúde tem mostrado que a descontinuação no uso dos ARV é uma condição bastante presente na vida das pessoas que fazem uso desses medicamentos (SILVA *et al.*, 2015).

Entretanto, mesmo com todas as ações empreendedoras desenvolvidas pelo Programa Nacional de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e Aids nos últimos dez anos, a falha terapêutica relacionada a não adesão dos pacientes à TARV, ainda é um importante problema de saúde pública (ROMEU *et al.*, 2012).

O contexto de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS, vem se modificando nos últimos anos, em grande parte por causa dos avanços relacionados ao surgimento da TARV, que resultou em aumento da sobrevida, diminuição das internações por doenças oportunistas e queda da mortalidade (MARINS *et al.*, 2003).

Entretanto, apesar de todas as ações empreendedoras desenvolvidas pelo Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS, nos últimos dez anos, um importante problema de saúde pública e um novo desafio têm sido relatados: a falha terapêutica, relacionada principalmente pela não-adesão do paciente a TARV (ROMEU *et al.*, 2012).

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade, além de evitar que novas infecções pelo HIV ocorram.

Então, este estudo tem o objetivo de identificar os fatores associados ao abandono do tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Visto que, tais fatores são controversos na literatura e como já foi citado é importante que os serviços de

atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV), conheçam seus fatores de risco para o abandono do tratamento, para assim, promover estratégias para melhorar a adesão das pessoas atendidas no serviço, garantindo uma melhor qualidade de vida.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para análise dos fatores que interferem na adesão à terapia antirretroviral (TARV) das PVHIV faz-se necessário um breve resgate histórico sobre a Aids.

Apesar de diversos relatos observados no ano de 1975, o primeiro caso de depressão imunológica aguda foi descrito somente em 1981 pelo *Centers for Disease Control* (CDC), Estados Unidos. Em 1982 foi identificado o agente etiológico - vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

Primeiramente denominada WOG, sigla para "*Wrath of God*" ou fúria de Deus traduzido para o português, a síndrome da imunodeficiência adquirida foi alvo constante de estigmatização e preconceito, pois os primeiros casos identificados foram em grupos homossexuais masculinos, que tiveram o comportamento sexual julgado como sendo promíscuo pela sociedade (MILAGRES, 2017).

A Aids é causada pelo HIV, que causa disfunções significativas no sistema imunológico, como a redução progressiva dos linfócitos T CD4+, que compromete a eficácia desse sistema, além de deixar os portadores suscetíveis a infecções oportunistas e tumores (BRASIL, 2017).

A epidemia da infecção pelo HIV/Aids foi um fenômeno mundial, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência e outros determinantes, dependeu muito do comportamento humano individual e coletivo. "A Aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações" (BRITO *et al.*, 2000). Desde o seu surgimento, ela vem sendo discutida exaustivamente pela comunidade científica e sociedade de uma forma geral.

Como resultado das profundas desigualdades presentes na sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV se revelou uma epidemia de múltiplas dimensões, e que sofreu ao longo do tempo, transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De epidemia que inicialmente se restringia a alguns círculos cosmopolitas das grandes metrópoles nacionais - Rio de Janeiro e São Paulo, e marcadamente masculina, que atingia homens com prática sexual homossexual e pessoas hemofílicas, o quadro futuro foi marcado pelos processos de heterossexualização, de feminilização, de interiorização e de pauperização. O aumento da transmissão da Aids por contato heterossexual resultou em um crescimento importante de casos em mulheres, que é apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia no país (BRITO, 2000).

Desde o início da epidemia, cerca de 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e aproximadamente 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à essa doença. No ano de 2017, estima-se que havia 36,9 milhões de indivíduos vivendo com HIV em todo o mundo, sendo que deste total, 1,8 milhão eram novas infecções. Nesse mesmo ano, cerca de 940.000 pessoas morreram por causas relacionadas ao HIV/Aids (UNAIDS, 2019).

Por conta do aumento crescente do número de casos, era preciso que surgissem mais estratégias voltadas para o tratamento e o acompanhamento das pessoas que viviam com HIV/Aids no país. Assim, surgiram os serviços de assistência especializada (BRASIL, 2014).

Os serviços ambulatoriais que atendem HIV/Aids são serviços de saúde que realizam ações de prevenção, assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV). O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral, de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde

composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros (BRASIL, 2014).

Algumas das atividades ofertadas nestes serviços são: atendimentos em infectologia, atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST/Aids; controle e distribuição de ARV; cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; ginecológico, pediátrico e odontológico; distribuição de insumos de prevenção (preservativos); orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento (BRASIL, 2014).

O cuidado contínuo em HIV deve ser entendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com o vírus, tendo os seguintes momentos (BRASIL, 2014):

1. Diagnóstico oportuno;
2. Vinculação do usuário HIV positivo a um serviço de saúde;
3. Retenção do usuário com HIV positivo no seguimento (acompanhamento e realização de exames periódicos);
4. Início da TARV e sua promoção, visando a adesão ao tratamento;
5. Supressão da carga viral e alcance de qualidade de vida comparável à das pessoas que não possuem HIV/Aids.

Esses cinco momentos representam uma sequência de degraus na chamada “*Cascata de cuidado contínuo do HIV*”, usada mundialmente para estabelecer metas e monitorar os avanços relativos ao cuidado das PVHIV (BRASIL, 2015).

Os ARV surgiram na década de 1980, e tinham como função impedir a multiplicação do vírus no organismo e ajudar a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. O primeiro ARV liberado para uso clínico foi a Zidovudina (AZT), e até o ano de 1994, apenas esse medicamento encontrava-se disponível para uso clínico. Em 1995, foi demonstrado clinicamente que a terapia combinada era superior à monoterapia com AZT e, com isso, os Inibidores de Protease (IP) foram incluídos no tratamento. Com a introdução de potentes esquemas ARV na prática clínica, houve

uma grande queda da letalidade e da morbidade de pessoas associadas à infecção pelo HIV/Aids (PASCHOAL *et al.* 2014).

Ao longo das últimas três décadas foram inúmeras as mudanças referentes à percepção da síndrome do HIV, principalmente a partir do ano de 1996 com a introdução da terapia antirretroviral (TARV) combinada. Esta terapia levou a uma redução expressiva na morbimortalidade relacionada à Aids, que se caracterizava como evolutiva e crônica, e que trazia a morte como uma certeza em um breve espaço de tempo (PASCHOAL *et al.* 2014).

Desde o início da epidemia da Aids nos anos 1980, muito tem sido feito para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos portadores do HIV e, dentre outras ações, destaca-se a distribuição universal de medicamentos, ressaltando que o Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar tal medida (ROMEU *et al.*, 2012).

A TARV tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio da supressão viral, além de retardar e evitar o surgimento da imunodeficiência. Os resultados obtidos com a TARV, redução progressiva da carga viral e manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico, são associadas a resultados positivos marcantes na saúde física das pessoas soropositivas. Isso contribui para que elas retomem seus projetos de vida (BASTOS, 2006).

Desde o ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) por meio do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV) têm distribuído os medicamentos ARV de forma gratuita a todas as PVHIV, independente do nível do CD4. O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*, implementado em dezembro de 2013 durante as celebrações do Dia Mundial de

Luta contra a Aids, marco do início da política brasileira de “Testar e Tratar” e do uso do tratamento como prevenção pelo país (UNAIDS, 2019).

O uso de medicamentos ARV ajuda as PVHIV a alcançarem a chamada “carga viral indetectável”. Evidências científicas que apontam que as PVHIV, que possuem carga viral indetectável, além de ganharem uma melhora significativa na qualidade de vida, têm uma chance muito menor de transmitir o vírus à outra pessoa (UNAIDS, 2019).

Os resultados se mostraram exitosos a partir da adoção do conceito da *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz, que é uma combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis (PASCHOAL *et al.*, 2014).

Desde o surgimento dos primeiros esquemas ARV, buscou-se definir critérios para o início do tratamento tendo como base as estimativas de risco de infecções oportunistas e óbito. Evidências apontam que mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de LT-CD4+, a replicação viral e a ativação imune crônica podem estar associadas ao desenvolvimento de doenças que tradicionalmente não estão relacionadas à infecção pelo HIV, a exemplo, os eventos cardiovasculares. Observou-se também que pessoas com reconstituição imune em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável, conseguem atingir uma expectativa de vida semelhante à da população geral. Destaca-se que quando o tratamento é iniciado precocemente, as chances de se alcançar níveis elevados de LT-CD4+ aumentam (BRASIL, 2015).

Além do impacto clínico favorável, o início mais precoce da TARV é uma ferramenta importante na redução da transmissão do HIV, mas deve-se considerar a

importância da adesão e do risco de efeitos adversos a longo prazo. Uma vez iniciada a TARV, a mesma não deverá ser interrompida, mas é importante ressaltar que em nenhuma situação pode haver qualquer tipo de coerção para o início da TARV (BRASIL, 2015).

O contexto de vida das PVHIV, com o surgimento da TARV, resultou em aumento da sobrevivência, diminuição das internações por doenças oportunistas e queda da mortalidade (MARINS *et al.*, 2003).

A infecção pelo HIV teve caráter crônico-evolutivo, potencialmente controlável, desde o surgimento da TARV combinada, e da disponibilização dos marcadores biológicos (CD4 e carga viral) utilizados no monitoramento de sua progressão. Estes avanços tecnológicos contribuíram positivamente na vida das pessoas que vivem e convivem com HIV, mas a adesão ao tratamento ainda se destaca entre os maiores desafios da atenção às PVHIV, ao exigir dos usuários mudanças comportamentais, dietéticas, uso de diversos medicamentos por toda a vida, e a necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão (BRASIL, 2008).

É indiscutível o fato de que a HAART, mesmo não representando a cura, permite tornar mais lento o curso da doença, além de prolongar e promover uma melhor qualidade de vida ao paciente. No entanto, estudos mostram que a não adesão ao tratamento, ocorre em algum grau, em países pobres e ricos, com a taxa média de 50% (PASCHOAL *et al.*, 2014).

A não adesão ou a adesão inadequada à TARV são as causas mais frequentes para a falha e abandono do tratamento. O uso dos medicamentos em doses inadequadas e/ou de forma irregular acelera o processo de seleção de cepas virais resistentes, e isto ameaça a efetividade do tratamento no plano individual,

levando a disseminação do vírus de resistência, no plano coletivo (PASCHOAL *et al.*, 2014).

Segundo dados da UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2019) em relação ao acesso à terapia antirretroviral, em 2017, 21,7 milhões de PVHIV tinham acesso à terapia antirretroviral, um aumento de 2,3 milhões em comparação com 2016, de 8 milhões em comparação com 2010. Em 2017, 59% de todas as PVHIV tiveram acesso ao tratamento.

Diversos conceitos de adesão podem ser identificados, e em uma compreensão mais restrita, é o comportamento de uma pessoa (tomar remédio, seguir dieta, fazer mudanças no estilo de vida), que corresponde às recomendações da equipe de saúde (HAYNES, TAYLOR; SACKETT, 1979). Essa definição parte de uma compreensão limitada, ao expressar a noção de obediência, ato de se conformar ou acatar. Sugere que o esquema terapêutico prescrito não foi fruto de uma decisão compartilhada entre a pessoa e o profissional de saúde. Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão (BRASIL, 2008, p.11):

- É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social.
- Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.
- Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da PVHIV, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (BRASIL, 2008, p. 11).

A não adesão é apontada pela literatura como um evento determinado por diversos fatores, que podem ser agrupados em: fatores relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao suporte social.

Sendo assim, a adesão à TARV tem se mostrado como um processo complexo, evidenciando, com isso, a necessidade de se compreender os fatores subjetivos intrínsecos à pessoa e ao seu grupo social envolvidos no processo de adesão, na intenção de possibilitar a formação de uma aliança terapêutica real e efetiva entre cliente e cuidador (PASCHOAL *et al.*, 2014).

O Manual de Adesão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) cita alguns fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento das PVHIV: complexidade do regime terapêutico (número de doses e de comprimidos que precisam ser ingeridos diariamente); forma de armazenamento (o medicamento deve ser conservado em baixa temperatura); dificuldade para ingestão (medicamentos de tamanho grande); horários das doses, que podem conflitar com as rotinas e o estilo de vida; precariedade/ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é insuficiente; baixa escolaridade; habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento; não aceitação da soropositividade, pois tomar ao iniciar a TARV significa reconhecer que a condição de infecção pelo HIV é uma realidade; Presença de transtornos mentais (depressão e ansiedade); efeitos colaterais da ARV, que torna o próprio tratamento aversivo; relação insatisfatória do usuário com o médico e demais profissionais da equipe de saúde, bem como, seu nível de satisfação com os serviços prestados, procedimentos realizados, acesso a exames, medicamentos e consultas; crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento; dificuldade de organização para se adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias - horários de acordar, das refeições, do trabalho e da ingestão da medicação; uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso, pois a vivência de dificuldade e de facilidade para a adesão difere muito de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva.

Os desafios para alcançar um maior impacto e efetividade da TARV estão sempre presentes. Alguns segmentos populacionais, como pessoas com menor escolaridade e aquelas que se infectaram pelo uso injetável de drogas, apresentam maior mortalidade que outros grupos. Isso tem associação ao frágil vínculo estabelecido entre serviços e usuários e, conseqüentemente, baixa adesão ao tratamento (BRASIL, 2008).

Estudos multicêntricos realizados no Brasil demonstram que entre os determinantes para o impacto da TARV, devem ser considerados os seguintes fatores: precocidade do diagnóstico, acesso e qualidade dos serviços de saúde, situação socioeconômica do usuário e grau de organização dos serviços. Apenas o acesso universal ao tratamento não garante a sua mais ampla efetividade (BRASIL, 2008).

Os dados encontrados na literatura acerca dos fatores de riscos para a não-adesão aos tratamentos de doenças crônicas em geral, bem como de infecção pelo HIV não são conclusivos. Alguns fatores são considerados relevantes e são citados em vários estudos, mas é importante que os profissionais que atuam na assistência às pessoas infectadas pelo HIV conheçam quais são os fatores de riscos de não-adesão à HAART para o seu grupo específico de clientes (ROMEU *et al.*, 2012).

O Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto junto a Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma de

suas metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/Aids. O país busca como parte das ações de enfrentamento a epidemia de HIV, atingir a meta 90-90-90, a qual estabelece que, até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas (ampliando o acesso ao diagnóstico do HIV); destas, 90% estejam em tratamento antirretroviral (ampliando o acesso a TARV); e que, dentre estas, 90% tenham carga viral indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência a PVHIV) (BRASIL, 2008).

Assim, pode-se concluir que após a introdução da TARV, o HIV/Aids passou a ser considerada uma doença de caráter crônico, e isto torna a adesão aos antirretrovirais um dos maiores desafios dos serviços de atenção às PVHIV.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, para investigar os fatores que interferem na adesão e levam ao abandono do tratamento.

Foi realizado no Ambulatório Herbert de Souza – SAE/CTA - Serviço de Atenção Especializada para tratamento de HIV/Aids, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis e Centro de Testagem e Aconselhamento na cidade de Uberlândia, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde.

#### 3.1 Participantes

A amostra foi composta de prontuários dos pacientes com idade acima de 18 anos cadastrados no Ambulatório Herbert de Souza, que fizeram uso da TARV. Os prontuários avaliados nesse estudo correspondem ao dos indivíduos em abandono e em acompanhamento regular nesse serviço. Estes tiveram início da medicação em um período de tempo, compreendido entre dezembro de 2000 a maio de 2018. Para avaliação do abandono, foram selecionados aleatoriamente (amostra aleatória simples) os prontuários, conforme a lista de abandono da farmácia, isto é, quando um indivíduo não retira seus medicamentos por três meses consecutivos.

Segundo o Qualiaids - Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS-, o Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids não padroniza um critério de abandono, recomenda-se, então, que os serviços o definam.

O Qualiaids sugere que pode ser utilizado um ou mais dos seguintes critérios para caracterizar o abandono dos pacientes que buscam o serviço: - duas faltas

consecutivas na consulta médica, não importando, com isso, o intervalo de tempo entre elas; - três ou mais faltas consecutivas na consulta médica; - dois meses de ausência no serviço; - de três a cinco meses de ausência no serviço; - seis meses ou mais de ausência no serviço; - após convocação sem comparecimento. A partir da análise desses critérios, o serviço adotou que o paciente que estiver três meses sem retirar seu ARV na farmácia, o mesmo se encontra em abandono (Brasil, 2008a).

Para avaliação dos indivíduos em acompanhamento, foram selecionados aleatoriamente no arquivo de prontuários do ambulatório aqueles que estavam em uso de terapia antirretroviral (TARV) há mais de três meses.

Foram utilizados, 60 prontuários de pacientes em abandono e 60 prontuários de pacientes em acompanhamento regular, totalizando 120 prontuários. Existem no Ambulatório Herbert de Souza, cerca de 4.456 pacientes que fazem uso dos ARV, e estima-se um total de 402 abandonos.

### **3.2 Procedimentos**

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP/UFU), iniciou-se a coleta de dados, utilizando uma ficha de coleta de dados, pela qual se avaliou variáveis referentes aos dados socioeconômicos, demográficos e clínicos dos indivíduos (data do diagnóstico, data da primeira consulta, início do ARV, e último exame de CD4 e Carga Viral).

### 3.3 Análises de Dados

Para a caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva, apresentando a frequência absoluta e percentual, no qual aplicou-se o teste Qui-quadrado de aderência. Foi então, associada a variável Abandono (Sim/Não) com as demais variáveis categóricas, utilizando o teste Qui-quadrado.

Para a análise estatística foi utilizado o teste de normalidade Komolgorov-Smirnov; Qui-quadrado de aderência para análise descritiva e Qui-quadrado de independência para as associações entre os grupos (adesão e abandono) e as variáveis da Tabela 1 e o Teste Mann-Whitney comparando grupo (adesão e abandono) e as variáveis.

Para todas as análises foi adotado o nível de significância de 5%.

## 4 RESULTADOS

**Tabela 1.** Associações entre os grupos (adesão e abandono).

Variáveis	n	%	p <sup>a</sup>	ABANDONO			
				SIM (n=60)		NÃO (n=60)	
				n	%	n	%
<b>Sexo</b>			0,399				
Masculino	90	75,0		43	35,8	47	39,2
Feminino	30	25,0		17	14,2	13	10,8
<b>Faixa Etária (anos)</b>			<b>0,018</b>				
18-29	22	1,3		13	10,8	9	7,5
30-39	41	34,7		22	18,3	19	15,8
40-49	31	25,8		19	15,8	12	10,0
50+	26	21,7		6	5,0	20	16,7
<b>Faixa Etária na Primeira Consulta</b>			0,457				
18-29	53	44,7		28	23,3	25	28,3
30-39	34	28,3		19	15,8	15	12,5
40-49	25	20,8		9	7,5	16	13,3
50+	6	5,0		3	2,5	3	2,5
Ignorado	2	1,7		1	0,8	1	0,8
<b>Escolaridade</b>			0,294				
Baixa <sup>b</sup>	23	19,2		12	10,0	11	9,2
Alta <sup>c</sup>	25	20,8		9	7,5	16	13,3
Ignorado	72	60,0		39	32,5	33	27,5
<b>Status de relacionamento romântico<sup>d</sup></b>			<b>0,002</b>				
Sem relacionamento <sup>e</sup>	56	46,7%		28	46,7%	28	46,7%
Em relacionamento <sup>f</sup>	28	23,3%		15	25,0%	13	21,7%
Ignorado	36	30,0%		17	28,3%	19	31,7%
<b>Orientação sexual</b>			0,825				
Heterossexual	56	46,70%		28	23,30%	28	23,32%
Homossexual	43	35,80%		19	15,80%	24	20,00%
Bissexual	7	5,80%		3	2,50%	4	3,30%
Ignorado	14	11,70%		10	8,30%	4	3,30%
<b>Usuário de Drogas</b>			0,232				
Sim	12	10,0%		8	6,7%	4	3,3%
Não	87	73,0%		42	35,0%	45	37,5%
Ignorado	21	18,0%		10	8,3%	11	9,2%
<b>Ex-usuário de Drogas</b>			<b>0,006</b>				
Sim	13	10,8%		11	9,2%	2	1,7%
Não	83	69,2%		36	30,0%	47	39,7%
Ignorado	24	20,0%		13	10,8%	11	9,2%
<b>Tabagista</b>			0,127				
Sim	26	21,7%		17	14,2%	9	7,5%
Não	63	52,5%		30	25,0%	33	27,5%
Ignorado	31	25,8%		13	10,8%	18	15,0%
<b>Uso de álcool</b>			0,756				
Sim	47	32,5%		25	20,8%	22	18,3%
Não	48	40,0%		24	20,0%	24	20,0%
Ignorado	25	17,5%		11	9,2%	14	11,7%
<b>Tatuagem</b>			<b>0,001</b>				
Sim	21	15,0%		16	13,3%	5	4,2%
Não	43	35,8%		13	10,8%	30	25,0%

Variáveis	n	%	p <sup>a</sup>	ABANDONO			
				SIM (n=60)		NÃO (n=60)	
				n	%	n	%
Ignorado	56	46,7%		31	25,8%	25	20,8%
<b>Uso Preservativo</b>			0,108				
Sim	10	6,7%		7	5,8%	3	2,5%
Não	90	75,0%		39	32,5%	51	42,5%
Ignorado	20	16,7%		14	11,7%	6	5,0%
<b>Troca de Médico</b>			0,469				
Sim	92	76,7%		44	36,7%	48	40,0%
Não	25	20,8%		14	11,7%	11	9,2%
Ignorado	3	2,5%		2	1,7%	1	0,8%

Nota: <sup>a</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>b</sup> Até o Ensino Médio Incompleto; <sup>c</sup> Ensino Médio Completo ou mais; <sup>d</sup> Para análise agrupamos categorias de estado civil solteiro, separado, divorciado e viúvo; em <sup>e</sup> casado e amasiado em <sup>f</sup>;

Na amostra estudada, observou-se que o sexo masculino foi mais frequente (75%). Não foi observada uma associação entre o sexo e o abandono.

A **faixa etária** mais frequente da amostra foi de 30 a 39,99 anos de idade. Observou-se uma associação em relação à faixa etária e o abandono ( $\chi^2 = 10,07$ ; gl = 3;  $p = 0,018$ ). Na faixa etária dos 50 anos a mais no grupo de adesão a frequência observada é maior que a esperada e no grupo abandono a frequência observada foi a menor que o esperado. No entanto, a faixa etária na primeira consulta que se manteve mais frequente na amostra, foi de 18 a 29 anos de idade e não foi observada uma associação desta variável e o abandono ( $\chi^2 = 2,300$ ; gl = 3;  $p = 0,457$ ).

Quanto à **escolaridade**, manteve-se frequente a que tem maior tempo de estudo, ou melhor, alta escolaridade. Não foi observada uma associação desta variável e o abandono ( $\chi^2 = 6,129$ ; gl = 5;  $p = 0,294$ ).

Em relação ao **status de relacionamento romântico**, a maior frequência observada foram das pessoas solteiras. Observou-se uma associação em relação a quem não tem relacionamento e o abandono ( $\chi^2 = 0,10$ ; gl = 1;  $p = 0,758$ ). Tanto no grupo abandono quanto no grupo adesão a frequência observada foi maior que o esperado para o status sem relacionamento.

Isolando a variável **orientação sexual**, observou-se que o grupo de heterossexuais foi o mais frequente no estudo. Não se observou, uma associação em relação a orientação sexual e o abandono ( $\chi^2 = 0,386$ ; gl = 2;  $p = 0,825$ ). Esta variável manteve-se igual tanto na taxa de abandono, quanto na taxa de adesão.

Na variável **usuário de drogas**, não foi observada uma associação da mesma e o abandono ( $\chi^2 = 1,427$ ; gl = 1;  $p = 0,232$ ). A categoria de maior frequência foi a que não faz uso de drogas. E quando analisada a variável **ex-usuário de drogas**, foi observada uma associação desta variável e o abandono ( $\chi^2 = 7,650$ ; gl = 1;  $p = 0,006$ ). No grupo abandono a frequência observada foi maior que a esperada dos que relataram serem ex-usuários de drogas, e foi menor que o esperado no grupo adesão.

Em relação ao **tabagismo**, o grupo de maior frequência foi o que informou ser "não tabagista". Não foi observada uma associação da mesma e o abandono ( $\chi^2 = 2,331$ ; gl = 1;  $p = 0,127$ ).

A variável **uso de álcool** foi mais alta aos que disseram não fazer uso de bebida alcoólica. Não se observou uma associação da mesma e o abandono ( $\chi^2 = 0,0971$ ; gl = 1;  $p = 0,756$ ).

Quando analisada a variável **tatuagem**, a amostra mais frequente foi a de quem não tinha tatuagem. No entanto, observou-se uma associação em relação a quem tem tatuagem e o abandono ( $\chi^2 = 12,026$ ; gl = 1;  $p = 0,001$ ). No grupo abandono a frequência observada foi maior que a esperada dos que relataram terem tatuagem, e já no grupo adesão a frequência observada foi menor que o esperado para os que afirmaram ter tatuagem.

Quanto ao **uso de preservativo**, o grupo mais frequente foi a de quem não faz uso dele. Não foi observada uma associação desta variável e o abandono ( $\chi^2 = 2,576$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,108$ ).

Na variável **troca de médico**, a amostra mais frequente foi a de quem faziam acompanhamento com o mesmo médico. Não foi observada uma associação desta variável e o abandono ( $\chi^2 = 0,525$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,469$ ).

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no estudo permitiram identificar os fatores associados ao abandono do tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids, através da comparação entre os grupos de abandono ou não. O sexo masculino foi o mais prevalente, fato também evidenciado em vários estudos e em conformidade com os dados do Ministério da Saúde.

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018, no período de 2002 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de Aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres; no entanto, a partir de 2009, observou-se uma redução gradual dos casos de Aids em mulheres e um aumento nos casos em homens (BRASIL, 2018).

Com relação ao sexo, os dados na literatura são controversos quando se relaciona a adesão e o abandono. Alguns autores apontam que pessoas do sexo feminino apresentam um risco maior, e isso se deve porque a mulher precisa realizar trabalhos domésticos, organizar a rotina da família e ainda cuidar das crianças e, por conta disso, acabam se esquecendo de tomar os remédios (SILVA; NASCIMENTO JÚNIOR; RODRIGUES, 2014). Um estudo, sobre o perfil da mulher portadora de HIV/Aids e sua adesão à terapêutica mostrou que a importância atribuída pelas mulheres ao desejo de cuidar dos seus filhos e vê-los crescer, parece ter um motivo relevante para manter a adesão ao tratamento.

Em um estudo de adesão de homens vivendo com HIV/Aids, a maioria dos participantes manteve um percentual de adesão à TARV inferior a 85%. Trata-se de um percentual de adesão considerado insuficiente para o sucesso do tratamento,

pelo fato de não manter o nível de carga viral indetectável. Diante da cultura de masculinidade instituída pela sociedade, o homem assume o papel de força e de virilidade e, por isso, acaba reprimindo suas necessidades de cuidados de saúde. Por conseguinte, não raras vezes, omite suas fraquezas e vulnerabilidades em manter a taxa de adesão à TARV (MORAES; OLIVEIRA; COSTA, 2014).

A associação entre grau de adesão e idade não está bem definida na literatura e os estudos não mostram uma associação com a idade e o abandono. No entanto, há uma preocupação em relação ao abandono na população mais jovem. Normalmente, a adesão aumenta com a idade, o que foi apresentado nesse estudo, cuja adesão foi melhor na faixa etária acima de 50 anos. No entanto, em um estudo que tinha como objetivo avaliar a adesão ao ARV em adultos acima de 50 anos apresentou o seguinte dado: com relação aos fatores associados a não adesão, o perfil comportamental em adultos acima de 50 anos não apresentou diferença entre os que foram classificados como aderentes e como não aderentes (SILVA *et al.*, 2015).

Em relação à faixa etária do estudo, a predominância de indivíduos na amostra estudada, se encontra entre 30 e 39 anos, sendo a faixa etária na primeira consulta entre 18 e 29 anos. Esses dados se enquadram no perfil epidemiológico atual da Aids, mas não apresentou correlação com a variável abandono.

Os dados do Ministério da Saúde apontam que no período de 2007 a junho de 2018, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, ou seja, de 52,6% dos casos.

A maioria da amostra avaliada tem ensino médio completo ou mais anos de estudo. Vale ressaltar que muitos prontuários não tinham os dados sobre o grau de escolaridade dos pacientes.

Estudos confirmam a preocupação com a baixa escolaridade ao revelarem que grupo de pacientes que não tem 1º grau completo apresenta prevalência de não aderência de 39,5%, e os que possuem mais anos de estudo apresentam a prevalência de não aderência de 29%. Assim, para este estudo, infere-se que o baixo nível escolar pode refletir diretamente na eficiência da adesão ao tratamento. As pessoas com nível baixo de escolaridade podem estar predispostas a maior dificuldade de entendimento do tratamento e suas instabilidades, ou ainda apresentar dificuldades de acessar recursos ou informações acerca do tratamento. Desta forma, constata-se que maior o tempo de estudo está associado a uma boa adesão (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Segundo, FORESTO *et al.*, (2017), um alto nível de escolaridade geralmente é associado a uma boa adesão, visto que outros estudos apontaram uma correlação entre elevada escolarização e acesso às informações.

De modo geral, os estudos demonstram que existem fatores mais importantes do que as características sociodemográficas concretas como idade, escolaridade ou nível socioeconômico, embora um trabalho nacional aponte que há relação entre a escolaridade e a adesão, segundo Colombrini, Lopes e Figueiredo (2006).

Sobre a variável, estado civil, observou um maior número de solteiros (pessoas sem relacionamentos); achado também em outros estudos. Com relação ao estado civil, foi observado que houve predomínio de solteiros correspondendo a 72,5% dos entrevistados, fato este bastante preocupante, pois sugere que a utilização de métodos contraceptivos de barreira não está sendo tão eficaz ou a

troca de seringas para a utilização de drogas está sendo uma constante, deixando, com isso, os jovens mais susceptíveis às doenças sexualmente transmissíveis (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Com relação à sexualidade, os heterossexuais foi o grupo mais frequente, em relação à orientação sexual, e o não uso de preservativo nas relações, foi o meio de transmissão dominante. Esses achados estão de acordo com estudos anteriores, cujos percentuais encontrados sobre a forma de transmissão do HIV foram de 64% atribuídos à relação heterossexual sem proteção (PARENTI *et al.*, 2005).

Segundo o Boletim Epidemiológico 2018 (BRASIL, 2018), a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2017 foi a sexual, tanto em homens (96,4%) quanto em mulheres (97,4%). Entre os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual pela primeira vez na última década. Demonstrando que apesar da maioria dos pacientes serem adultos e com acesso a campanhas de prevenção, nota-se uma desatenção, no que se refere à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, o que demonstra a necessidade de realização de um número maior de campanhas de prevenção da Aids e das IST.

Os dados encontrados nos prontuários sobre uso de drogas, não apresentou relação com a adesão ao tratamento, mesmo apresentando o maior número de pacientes, no que se refere ao uso de drogas no grupo abandono. Porém, a variável ex- usuário de drogas apresentou associação ao abandono. No entanto, vários estudos mostraram relação positiva sobre uso de drogas e a não adesão ao tratamento, dados confirmados em outros estudos (BOLONO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; MELCHIOR *et al.*, 2007). Os dependentes químicos

apresentam uma maior dificuldade em iniciar o tratamento, com tendência a procurarem os serviços de saúde tardiamente apenas por causa da progressão da doença, e isso se deve ao estilo de vida que levam (SILVA; NASCIMENTO JÚNIOR; RODRIGUES, 2014).

Segundo SILVA *et al.*, (2015), aqueles que informaram uso de drogas ilícitas ao longo da vida apresentaram 2,6 vezes mais chances de não aderirem à terapia em relação àqueles que não referiram uso de drogas ilícitas, porém esse resultado não atingiu a significância estatística ( $p = 0,192$ ).

Entretanto, vários fatores perpassam a adesão à terapia medicamentosa, dentre eles, de maneira prejudicial, o uso de drogas. Os autores afirmam que apesar das influências, é preciso analisar o comportamento do paciente diante da doença e de suas condições sociais e clínicas, para concluir se o uso de álcool, tabaco e outras drogas interferem na eficácia da TARV (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O tabagismo não foi considerado um fator determinante para a não adesão, e isso condiz com vários estudos. No entanto, o uso do tabaco representa um grave problema de saúde pública e é isoladamente, a principal causa de câncer no mundo. E o risco de uma pessoa com HIV desenvolver Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é bem maior em relação ao restante da população. Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), conduziu o mais recente inquérito acerca do tabagismo em maiores de 15 anos de idade, onde foi constatado que 17,2% da população brasileira fazia uso regular de tabaco, o que equivale a 25 milhões de pessoas. A região Sul teve a maior prevalência de fumantes (19%), e os menores percentuais aconteceram nas regiões Centro Oeste e Sudeste (16,9%) (IBGE, 2008).

O uso de álcool não apresentou uma relação direta com a não adesão, e não foi possível quantificar se o uso era de modo frequente, socialmente ou se havia dependência. Não havia informações consistentes nos prontuários quanto a isso. Porém é um tema que precisa ser discutido, visto que o uso de álcool é muito comum na população em geral. Não existem evidências comprovadas de que o uso concomitante de álcool reduza o efeito dos ARV, mas por outro lado, os problemas do uso de álcool com TARV estão relacionados à adesão ao tratamento e à hepatotoxicidade. Os problemas mais frequentes que se relacionam à adesão à TARV estão associados a falhas na tomada de medicamentos ou mesmo, à percepção de que os antirretrovirais não podem ser utilizados em horários próximos da ingestão de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2008).

Em relação ao álcool, mesmo em indivíduos não dependentes, seu uso demonstrou influência na não aderência (REGO; REGO, 2010; ZUGE, 2013).

O baixo consumo de bebidas alcoólicas não traz repercussões negativas relacionadas à adesão, no entanto, constata-se que o abuso desta substância pode alterar a qualidade de vida, fator determinante para a continuidade do tratamento (ZUGE *et.al.*, 2017). Uso de álcool, que é um comportamento modificável, tem-se mostrado como um forte preditor de falhas na adesão e piora no desfecho clínico. Apesar de não estar claro o motivo pelo qual o uso problemático de álcool afeta a adesão, parece estar bastante evidente que essa variável seja um fator de risco para o déficit de adesão ao HAART (terapia antirretroviral de alta eficácia) (OLVEIRA *et al.*, 2017).

O uso de álcool por PVHA está relacionado a um pior prognóstico, com aumento da morbidade e mortalidade, comportamentos sexuais de alto risco, aceleração da progressão da doença, baixa adesão à terapia antirretroviral (TARV),

declínio dos linfócitos T CD4+ e aumento da carga viral, além da propagação da infecção pelo HIV, pois pessoas alcoolizadas estão mais propensas a manterem relações sexuais desprotegidas, favorecendo a transmissão do vírus (SANTOS *et al.*, 2017).

A TARV quando associada ao álcool aumenta o risco de hepatotoxicidade e o tabaco traz complicações pulmonares e cardiovasculares; já drogas ilícitas, o risco de toxicidade. Com isso, podemos inferir a necessidade de os profissionais que acompanham as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) fazerem educação em saúde de forma a direcionar o não uso dessas substâncias mostrando os reais riscos da combinação (OLVEIRA *et al.*, 2017).

Estudos encontraram um número significativo de usuários de tabaco, álcool e drogas ilícitas com um risco para baixa adesão, forte associação do uso de álcool e a falha na terapia aferida por meio do auto relato do paciente e ainda que a não adesão fosse maior em indivíduos usuários de drogas lícitas e ilícitas, contudo consideraram que esse dado não teve significância estatística (OLVEIRA *et al.*, 2017).

A variável tatuagem apresentou relevância estatística em relação ao abandono do tratamento em relação às pessoas que não tinham tatuagem. Não se encontra artigos na literatura que relatam essa correlação. Mas em estudo realizado com 345 indivíduos apresentado por Nishioka, Gyorkose Maclean (2002), onde foram avaliadas as tatuagens e o risco de contrair doença por transfusão, houve os seguintes achados: HBV em 15,4%; HCV em 9,9%; HIV em 8,4%; sífilis em 5,0% e doença de Chagas em 2,9%. Segundo os autores, todas as prevalências foram maiores em relação ao grupo-controle, exceto para doença de Chagas.

Assim, o que se pode concluir é que a tatuagem se enquadra em comportamentos de riscos, podendo levar as pessoas a adquirirem o HIV. É inegável que as tatuagens definitivas e *body piercing* já estejam inseridos e se disseminem cada vez mais entre os vários segmentos da sociedade, principalmente entre os jovens. Há alguns anos, estava ligada a marginalidade e as classes econômicas mais baixas, mas hoje a história mudou. A cada dia aumentam o número de pessoas que usam esses dois tipos de adereços e os motivos que as levam são 877, principalmente de caráter comportamental. Fazer uma tatuagem ou colocar um *piercing* é expor-se a riscos (SANTOS, 2005).

Para o MS o entendimento de risco é muito importante para a prevenção do HIV, pois é uma estratégia de prevenção à doença que faz uso conjunto de intervenções biomédicas (redução do risco à exposição ao vírus HIV), comportamentais (intervenção no comportamento, como forma de reduzir situações de risco) e estruturais (aspectos e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades em relação ao HIV), aplicadas no nível individual e também de suas relações, dos grupos sociais a que pertencem, ou ainda na sociedade em que estão inseridos, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus.

Algumas considerações devem ser feitas quanto aos problemas médicos advindos ao uso de tatuagens. Evidências científicas comprovam a associação de diversas doenças infecciosas com as tatuagens, entre elas hepatite B (HBV), de hepatite C (HCV) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ao realizar uma tatuagem com agulha infectada, a probabilidade de contágio é de até 16% para

hepatite B, 12% para hepatite C e 0,5% para HIV, segundo Lise *et al.* (2010). Desta forma, vale contextualizar risco e vulnerabilidade.

Yunes e Szymanski (2001) chamaram atenção para a diferença entre os conceitos de risco e vulnerabilidade. Na visão das autoras, a vulnerabilidade é aplicada "erroneamente no lugar de risco", visto serem os conceitos distintos. O termo risco é muito usado pelos epidemiologistas nas associações a grupos e populações, já a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e suas suscetibilidades e/ou predisposições a respostas ou mesmo, consequências negativas. Citando ainda as autoras, é importante destacar que existe uma relação entre vulnerabilidade e risco: "a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito". A palavra vulnerável origina-se do verbo latim *vulnerare*, que traz a conotação de "ferir, penetrar". Por essas raízes etimológicas, a vulnerabilidade é um termo geralmente usado na referência de predisposição a desordens ou de susceptibilidade ao estresse.

Um aspecto importante quando se pensa em adesão do paciente ao tratamento é a relação médico-paciente, bem como a relação com o serviço de saúde. No entanto, o que se observou nesse estudo é que não houve relação estatística com relação à troca de médico. Foi avaliada nos prontuários, se os pacientes permaneciam com o mesmo médico desde o início do tratamento, ou se tinha ocorrido a troca.

Entre os estudos empíricos sobre fatores intervenientes na observância terapêutica, aqueles que enfatizam a inserção psicossociológica do fenômeno da adesão terapêutica ainda são poucos frequentes (HOMEDES; UGALDE, 1994; TUNALA *et al.* 2000). A necessidade de aceitação da doença e de se estabelecer

uma relação de confiança com o médico e com a equipe de saúde, são fatores a serem considerados (CARDOSO; ARRUDA, 2004).

Nas doenças crônicas, em que o paciente necessita de acompanhamento permanente, o vínculo é uma das condições que contribui para assegurar a adesão ao serviço e ao tratamento. Para que haja vínculo, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança, respeito, responsabilidade e compromisso entre a equipe de saúde e o paciente. Habitualmente o vínculo é estabelecido principalmente com os médicos, e é importante empenhar esforços para ampliá-lo para o conjunto dos profissionais. A ampliação do vínculo aumenta as possibilidades de acesso do paciente ao serviço, e favorece o atendimento de suas necessidades, na medida em que passa a existir mais de um profissional como referência, para o seu acolhimento. Um ambiente de confiança e sigilo entre profissionais e pacientes requer que médicos, e toda a equipe, adotem uma postura de escuta, compreensão, apoio e respeito ao paciente como sujeito, compartilhando decisões e contribuindo de forma solidária para a construção de sua autonomia. É importante evitar a emissão de juízos de valores que possam levar a atitudes preconceituosas e resultar em rejeições mútuas (BRASIL, 2016).

Podemos inferir que o papel da equipe multiprofissional, é muito importante na adesão dos pacientes ao tratamento, assim sendo, o trabalho em equipe tem desempenhado um forte papel quando se fala em adesão.

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, da provisão de métodos, ferramenta e incentivos específicos e, especialmente, do grau de envolvimento do paciente e do cuidador no desenvolvimento do plano terapêutico e na compreensão da sua importância. É fundamental que no acompanhamento, os profissionais de saúde considerem as necessidades e singularidades socioculturais

apresentadas pelas pessoas. Neste sentido, o apoio psicossocial é uma variável fundamental na promoção da qualidade de vida das PVHA. As atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma a facilitar a adesão dos usuários não só ao tratamento, mas ao próprio serviço, oferecendo alternativas de atendimento diversificadas e estabelecendo fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades. Para tanto, alguns fatores merecem especial atenção: flexibilidade de horário, atenção diferenciada para os diversos grupos populacionais e garantia de cuidado multidisciplinar. A atitude acolhedora do profissional possibilita estabelecer o vínculo do usuário com a equipe e com o serviço de saúde, fator determinante para adesão ao tratamento e ao serviço (BRASIL, 2007).

No entanto, o presente estudo não está isento de limitações, que precisam ser consideradas na generalização dos resultados. É importante considerar que os dados foram coletados de prontuários, onde foram selecionados de forma aleatória, tanto o grupo de pacientes em abandono quanto o de pacientes em adesão (acompanhamento). Vários prontuários não continham os dados que foram analisados, o que dificultou a análise. Como exemplo, podemos citar que não foi possível falar de religião ou raça, pois não tínhamos esses dados registrados e também correlacionar se o abandono era devido os efeitos colaterais dos antirretrovirais, visto que nem todos os prontuários tinham esse relato ou o motivo pelo qual o paciente abandonou o tratamento. Porém, pelo que foi discutido ao longo do presente estudo, podemos verificar possíveis fatores que levam ao abandono da TARV e quão é importante esse tema para que as pessoas vivendo com HIV/Aids, possam ter qualidade de vida.

## 6 CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, o que torna importante a identificação de possíveis fatores que levam ao abandono do tratamento.

No presente estudo observou-se que os indivíduos que abandonaram o tratamento apresentaram frequência observada maior que a esperado para indivíduos em menor de 40 anos. Além disso, encontrou-se neste grupo maior frequência observado para ex-usuários de drogas e tatuados. Tais achados são importantes no sentido de promover estratégias para melhorar a adesão a esses grupos específicos. Para isso, o que se pode inferir, é a necessidade do fortalecimento da abordagem e do trabalho multidisciplinar.

Contudo se faz necessário novos estudos sobre a temática da adesão, visto que hoje, a adesão ao tratamento é um problema de saúde pública e não há uma concordância entre os serviços sobre os fatores que facilitam ou levam ao abandono do tratamento. E assim, conhecendo esses fatores pode-se melhorar a adesão, bem como também a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/Aids.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. L. de *et al.* Adesão dos portadores do HIV/Aids ao tratamento: fatores intervenientes. **Rev. min. enferm.**, v. 15, n. 2, p. 208-216, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/27>. Acesso em: 05 mai. 2019.

INTERVENIENTESBRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. v. 49, n. 53. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 72p.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BONOLO, P. de F.; GOMES, R. R. de F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000400005](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005). Acesso em: 05 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância a Saúde. **Caderno de recomendações da avaliação Qualiaids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 60p.

\_\_\_\_\_. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. 130p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84).

\_\_\_\_\_. **Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2008a. 100 p. tab. (A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b. 244p.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília. Ministério da Saúde, 2007. 130p.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: MS, 2013. 2017p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120p.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev soc bras med tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 mai. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. de M; FIGUEIREDO, R. M. de. Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/Aids. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342006000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342006000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 mai. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400018>.

FORESTO, J. S. *et al.* Adesão à terapêutica anti-retroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior paulista. **Rev gaúcha enferm.**, v. 38, n. 1, e63158, mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100406&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100406&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 mai. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5 ed. Trad.: SANT'ANNA, Adonai Schlup. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. *In*: HAYNES, R. .; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in healthcare**. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1979. p. 49-62.

HOMEDES, N., UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. **Bol oficina santi panam**, Whashington DC, v. 116, n. 6, P. 518-534, 1994. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15696>. Acesso em: 17 mai. 2019. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15696>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Tabagismo, 2008. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad-tabagismo.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

LISE, M. L. Z. *et al.* Tatuagem: perfil e discurso de pessoas com inscrição de marcas no corpo. **An bras dermatol.**, v. 85, n. 5, p. 631-8, 2010. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0365-05962010000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0365-05962010000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000500006>.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients. **Aids**, v. 17, n. 11, p. 1675-82, jul. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853750>. Acesso em: 20 jun. 2019. 10.1097/00002030-200307250-00012.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev saúde pública**, São Paulo, v, 41, Supl. 2, p. 87-93, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900014). Acesso em: 20 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>.

MILAGRES, S. V. As representações sociais das pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre o uso do antirretroviral Enfuvirtida. **HU rev**, Juiz de Fora, v. 43, n. 4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2774>. Acesso em: 25 jul. 2019. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2017.v43.2774>.

MORAES, D. C. de A.; OLIVEIRA, R. C. de; COSTA, S. F. G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento anti-retroviral. **Escola Anna Nery rev. enferm**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 676-681, out.-dez.2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400676](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400676). Acesso em: 25 jul. 2019. DOI: 10.5935/1414-8145.20140096.

NISHIOKA, S. de A.; GYORKOS, T. W.; MACLEAN, J. D.. Tattoos and transfusion-transmitted disease risk: implications for the screening of blood donors in Brazil. **Braz j infect dis**, Salvador, v. 6, n. 4, p. 172-180, ago. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702002000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702002000400004). Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702002000400004>.

OLIVEIRA, R. C. de et al. Associação do uso de álcool e drogas e a adesão ao tratamento anti-retroviral. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3862-8, out., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/69702>. Acesso em: 25 jul. 2019. 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201721.

PARENTI, C. F. et al. Perfil dos pacientes com Aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidem serv saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p.91-96, 2005. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742005000200004](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200004). Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200004>.

PASCHOAL, E. P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100032&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl. 1), p. 1201-1208, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029). Acesso em: 25 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>.

REGO, S. R. M.; REGO, D. M. de S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100011>.

ROMEY, G. A. *et al.* Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev bras farm hosp serv saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-41, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/201205030108BR.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

SANTOS, M. C. **Avaliação do uso de brincos e body piercing como indicadores de soropositividade para doenças transfusionais**. 2005. 54f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Uberlândia, 2005.

SANTOS, W. J. dos; DRUMOND, E. F.; GOMES, A. da S.; CORRÊA, C. M.; FREITAS, M. I. de F. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia anti-retroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1028-37, nov-dez 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600007). Acesso em: 05 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600007>.

SANTOS, V. da F. *et al.* Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 94-100, jan. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000100094&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100094&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700014>.

SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. de C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/Aids. **Rev bras epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 187-97, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32027/2/Fatores.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200001>.

SILVA, J. A. G. *et al.* Fatores associados a não adesão aos anti-retrovirais. **Cad. saúde públ.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1188.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>.

SILVA, J. V. F. da; NASCIMENTO JÚNIOR, F. J. M. do; RODRIGUES, A. P. R. A. Fatores de não adesão ao tratamento anti-retroviral: desafio de saúde pública. **Ciênc biol saúde**, Maceió, v. 2, n. 1, p. 165-175. mai. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1193>. Acesso em: 05 dez. 2019.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas globais sobre HIV 2019**. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In*: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ZUGE, S. S. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-retroviral de adultos com HIV/Aids**. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências em Saúde, 2013.