



MOTIVOS ASSOCIADOS AO ATRASO PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO DE HIV/AIDS

REASONS RELATED TO THE DELAYS FOR THE START OF HIV / AIDS TREATMENT

MOTIVOS ASOCIADOS AL RETRASO PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO DE VIH / SIDA

Ana Flavia Oliveira¹, Maria Amélia Zanon Ponce², Sônia Aparecida da Cruz de Oliveira³, Alexandre Lins Werneck⁴

RESUMO

Objetivo: identificar os motivos associados ao atraso para o início do tratamento de pacientes vivendo com HIV/Aids. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, transversal, realizado com 31 prontuários de pacientes na listagem de *gap* de tratamento, no sistema SIMC do Ministério da Saúde, com análises estatísticas realizadas pelo *software* SPSS. **Resultados:** infere-se que o *gap* de tratamento do município, entre agosto a dezembro de 2017, foi de 21,7%, e, em 2018, foi de 78,3%; destes, 21 pacientes se encontravam em situação de abandono do TARV e 22 pacientes na situação de *gap* por outros desfechos. **Conclusão:** conclui-se que houve aumento de 360,87% no *gap* de tratamento das pessoas vivendo com o HIV/Aids entre 2017 e 2018, e que os fatores e causas associados foram a recusa do tratamento, o abandono de TARV, óbito e desfechos diversos. Salienta-se que o estudo não mostrou significância quanto à condição clínica, situação conjugal, socioeconômica e abandono do tratamento, e que as lacunas enormes na cobertura do tratamento, estigma e discriminação continuam a prejudicar a efetividade das respostas. **Descritores:** Recusa ao Tratamento; HIV/Aids; Acompanhamento dos Cuidados de saúde; Serviços Ambulatoriais de Saúde; Pacientes que Abandonam o Tratamento; Monitoramento do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify the reasons associated with the delay in starting treatment of patients living with HIV / AIDS. **Method:** this is a qualitative, descriptive, cross-sectional study of 31 patient charts in the treatment gap listing in the Ministry of Health's SIMC system, with statistical analyzes performed by SPSS software. **Results:** it is inferred that the treatment gap of the municipality between August and December 2017 was 21.7%, and in 2018 it was 78.3%; of these, 21 patients were in the situation of abandonment of ART and 22 patients in the gap situation due to other outcomes. **Conclusion:** it was concluded that there was a 360.87% increase in the treatment gap between people living with HIV / AIDS between 2017 and 2018, and that the associated factors and causes were refusal of treatment, abandonment of ART, death and miscellaneous outcomes. It should be noted that the study did not show any significance regarding the clinical condition, marital status, socioeconomic status and treatment abandonment, and that the huge gaps in treatment coverage, stigma and discrimination continue to impair the effectiveness of responses. **Descriptors:** Refusal of treatment; HIV / AIDS; Follow-up of Health Care; Outpatient Health Services; Patients who abandon treatment; Patient Monitoring.

RESUMEN

Objetivo: identificar los motivos asociados al retraso para el inicio del tratamiento de pacientes que viven con el VIH / SIDA. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, transversal, realizado con 31 prontuarios de pacientes en la lista de *gap* de tratamiento, en el sistema SIMC del Ministerio de Salud, con análisis estadísticos realizados por el *software* SPSS. **Resultados:** se infiere que el *gap* de tratamiento del municipio, entre agosto a diciembre de 2017, fue del 21,7%, y, en 2018, fue del 78,3%; de estos, 21 pacientes se encontraban en situación de abandono del TARV y 22 pacientes en la situación de *gap* por otros resultados. **Conclusión:** se concluye que hubo un aumento del 360,87% en el *gap* de tratamiento de las personas que viven con el VIH / SIDA entre 2017 y 2018, y que los factores y causas asociados fueron el rechazo del tratamiento, el abandono de TARV, muerte y los distintos resultados. Se destaca que el estudio no mostró significancia en cuanto a la condición clínica, situación conjugal, socioeconómica y abandono del tratamiento, y que las lagunas enormes en la cobertura del tratamiento, estigma y discriminación continúan perjudicando la efectividad de las respuestas. **Descriptores:** Negativa del Paciente al Tratamiento; VIH/SIDA; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Ambulatoria; Pacientes Desistentes del Tratamiento; Monitorización del Paciente.

¹Graduanda em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: anafoliveira@hotmail.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9340-9275>; ²Doutora, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5283-6323>; ³Mestra, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: soniaoliveira@famerp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2346-8514>; ⁴Doutor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: alexandre.werneck@famerp.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2911-8091>

INTRODUÇÃO

Verifica-se que, apesar das melhorias geradas pelo tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), com a terapia antirretroviral, o que resultou no prolongamento da sobrevida das pessoas que adquiriram a doença, pois esta deixou de ser considerada fatal e passou a ser crônica,¹ restam ainda muitas dificuldades a serem superadas. Trazem-se desafios aos serviços e aos profissionais de saúde pela falta de adesão do paciente ao tratamento,² e a adesão, apesar de ser um processo dinâmico e multifatorial, pois compreende fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, requer decisão compartilhada e corresponsabilidade entre pessoas vivendo com HIV e a equipe de saúde e sua rede social.¹⁻² Salienta-se que é importantíssimo estudar a adesão ao tratamento da Aids, pela carga negativa que a doença provoca tanto ao indivíduo, quanto à sua família e à comunidade, o que acarreta consequências muito graves e, além disso, a literatura aponta que há relação entre a resistência viral, a falência terapêutica e a baixa adesão.³

Relatam-se, em várias pesquisas, as dificuldades presentes nesse processo. Descrevem-se essas intercorrências como elementos que interferem na adesão à terapia: efeitos colaterais; condições financeiras; quantitativo de medicamentos e complexidade terapêutica; impacto nas atividades de vida diária; suporte social; problemas emocionais; uso de drogas; organização dos serviços de saúde e a interação com os profissionais de acompanhamento.⁴ Consideram-se fatores interferentes na existência de efeitos colaterais: o adoecimento e o medo da morte; a necessidade de esconder da família, de amigos e de colegas de trabalho o diagnóstico de HIV/Aids e, paradoxalmente, a sensação dessas pessoas, diagnosticadas com HIV, de estar curadas por se sentirem bem, pois isso interfere na adesão.⁵

Indicaram-se, em outro estudo, três agentes facilitadores da adesão ao tratamento antirretroviral: a família, o profissional de saúde e o próprio sujeito e, em relação ao próprio sujeito, há a preocupação com o horário de utilizar o medicamento, uma vez que o uso inadequado da medicação, por meio de constantes atrasos, por exemplo, pode provocar uma mutação e consequente resistência do vírus à TARV. Sabe-se, no que diz respeito à família, que essa aparece como uma fonte de mobilização externa do

indivíduo, pois os cuidados familiares facilitam o processo de adesão ao tratamento. Tornam-se, também, os profissionais de saúde importantes na adesão ao tratamento: eles aparecem como sujeitos que acolhem, estimulam e que se interessam pela rotina da pessoa e, para os autores, a percepção pelo sujeito do apoio oferecido pelos familiares e do discurso apresentado pelos profissionais de saúde, em relação à importância do tratamento, é internalizada, auxiliando na produção do autocuidado.²

Constata-se que a baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que receberiam esse nome por se aproveitar da fraqueza do organismo e, com isso, o estágio mais avançado da doença, a Aids, é atingido. Entende-se que quem chegou a essa fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, sofrerá de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer.⁶

Observa-se que, até o final da década de 1980, não havia muito conhecimento sobre a patogênese e a história da infecção pelo HIV e isto dificultava a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), tornando limitado o tratamento das infecções oportunistas. Registraram-se, desde o início da epidemia, 842.710 casos de Aids no Brasil, no período de 1980 a junho de 2016 e, de 2010 a 2014, houve, em média, 40,6 mil casos novos por ano. Sabe-se, em relação à mortalidade, que até dezembro 2016, houve 303.353 óbitos, ainda que se tenha observado uma leve queda da taxa de mortalidade por Aids no Brasil, a qual passou de 5,9 por 100 mil habitantes em 2006 para 5,6, em 2015.⁷ Surgiram-se, em 1987, com o advento da zidovudina (AZT), também, a esperança terapêutica e pesquisas abrindo novas perspectivas para o tratamento da Aids.⁸⁻⁹

Preconiza-se, no protocolo atual de tratamento para o HIV/Aids, a terapia antirretroviral de início precoce, com o intuito de possibilitar melhor qualidade de vida ao paciente e forma de prevenção de novas infecções por meio da carga viral indetectável. Desenvolveu-se, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de visualizar e monitorar o *gap* de tratamento, ou seja, as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral, o SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids). Realiza-se, pelo sistema, o cruzamento de dados entre o SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e o SISCLM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), relacionando os resultados

dos exames laboratoriais com o CD4+/CD8+ e a carga viral alterados com a lista de retirada dos medicamentos da TARV.¹⁰

Conseguiram-se identificar, ao fazer a correlação, as pessoas que não estão em tratamento, mas que poderiam estar. Informa-se que todos os serviços de saúde possuem acesso ao sistema, e os funcionários responsáveis devem preencher os campos obrigatórios com os dados do paciente e seu tratamento, como: o motivo da não adesão (caso o mesmo não realize a retirada dos medicamentos), informações sobre óbito, mudança de cidade ou não início do tratamento por recomendações médicas e, caso a pessoa realize o tratamento, ela não fará parte do *gap* de tratamento total. Têm-se, assim, os serviços de assistência a possibilidade de buscar essas pessoas, ofertar a TARV e inseri-las no tratamento. Demonstrase, quando grandes proporções de pessoas vivendo com HIV estão em tratamento, um efeito preventivo dentro dessa comunidade.¹⁰⁻¹

Associam-se vários fatores à dificuldade de adesão ao serviço de saúde que estariam relacionados ao próprio vírus, aos ARV utilizados, a problemas de relacionamento com a equipe de saúde, à organização do sistema de saúde ou a dificuldades psicossociais das pessoas que estão vivendo com HIV/Aids. Apontam-se, pela literatura, diversos fatores preditivos para a não adesão ao tratamento com a HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), que podem ser agrupados em: fatores relacionados à pessoa sob tratamento; à doença; ao tratamento; aos serviços de saúde e ao suporte social.^{2-3,12}

OBJETIVOS

- Identificar os motivos associados ao atraso para o início do tratamento de pacientes vivendo com HIV/Aids.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com delineamento descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa e analítica, realizado por meio da análise dos prontuários físicos dos pacientes presentes na listagem dos relatórios gerados por meio do SIMC, no período de agosto/2017 a agosto/2018. Realizou-se o estudo no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis de São José do Rio Preto/SP, da Secretaria Municipal da Saúde do município, que possui uma população total estimada de 450.657 habitantes.¹³ Habilitou-se o município em gestão plena do sistema pela NOB/96 e

assinou-se o Pacto de Gestão pela Saúde no ano de 2007.

Analisaram-se os prontuários físicos de todos os indivíduos adultos, independente de sexo, entre 18 e 60 anos, que estavam presentes na listagem do relatório gerado pelo sistema e que tenham sido diagnosticados com HIV/Aids e não aderiram ao tratamento ambulatorial. Elencaram-se, como critérios de inclusão, pacientes que realizam acompanhamento no Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis do município, a partir de 18 anos, soropositivos para o HIV, que não aderiram ou abandonaram o tratamento, interrompendo o acompanhamento ambulatorial. Definiram-se, como critérios de exclusão, os pacientes que realizavam acompanhamento em outra unidade de serviço de saúde e que continuam em tratamento antirretroviral. Verificou-se a situação do paciente, quanto ao tratamento, por meio dos relatórios do sistema SIMC, que realiza o cruzamento de dados entre a condição clínica do paciente e a não retirada das medicações, gerando uma listagem de *gap* de tratamento que permite identificar a situação do paciente, como paciente em recusa de tratamento, paciente em abandono de TARV e abordagem consentida não autorizada, quando o paciente não autoriza o contato do serviço de saúde.

Utilizaram-se duas planilhas *Microsoft Excel*®, 2016, para a coleta de dados: uma para o armazenamento dos dados dos pacientes em *gap* de tratamento, no período de agosto/2017 a agosto/2018, e a segunda planilha para a coleta de dados dos prontuários dos pacientes selecionados para a análise. Constam-se, nesta última, as seguintes variáveis: óbito, sexo, idade, tempo de matrícula (em dias), escolaridade, estado civil, município de residência, ocupação, renda, moradia, meio de transporte, filhos, prática sexual, parcerias sexuais, parcerias soropositivas, uso de preservativo, se teve mais de três parceiros sexuais durante a vida, uso de drogas, históricos de IST e situação, sendo o tempo de matrícula (em dias) a variável que quantifica o tempo de conhecimento do paciente sobre o diagnóstico e sua inscrição no sistema de informação utilizado pelo Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis.

Exerceram-se duas funções de análises estatísticas após a tabulação dos dados: descritiva e inferencial. Traçou-se, na análise descritiva, o perfil da amostra estudada, contemplando as variáveis analisadas e seus desdobramentos. Replicaram-se os dados de forma absoluta e relativa nesta primeira

parte. Tratou-se, na estatística inferencial, da análise de independência e predição entre as variáveis propostas no escopo do trabalho. Utilizou-se, para isso, dentro dos padrões esperados, o teste de Regressão Linear Múltipla. Deram-se os resultados de independência entre as variáveis propostas por meio de análise entre os valores de P (significância).

Utilizou-se o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 23, atrelado às funcionalidades da ferramenta *Microsoft Excel®*, versão 2.016, para todas as análises. Empregaram-se métodos de estatísticas descritiva e inferencial, analisando-se as questões de probabilidade de uma população com base nos dados da amostra. Usaram-se em alguns momentos, dada a necessidade, para melhor entendimento, os seguintes

métodos: média, mediana, moda, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo, regressão linear múltipla, correlação de Spearman, R quadrado, significância e erro padrão.

RESULTADOS

Gerou-se um relatório, por meio do sistema SIMC, com informações do *gap* de tratamento do município de São José do Rio Preto. Excluíram-se, para a análise estatística, os dados de pacientes que realizam acompanhamento em outro serviço de saúde que não fosse o Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis, da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto (SP).

Apresentaram-se os resultados nas tabelas 1, 2, 3, 4, e 5, respectivamente.

Tabela 1. Distribuição do relatório de *gap* de tratamento segundo o sexo, faixa etária, mês, ano e situação de tratamento dos pacientes. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2018.

	Abandono de TARV		Em Tratamento		Óbito		Outros Desfechos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Feminino	3	14,3	39	23,8	2	40,0	6	27,3	50	23,6
Masculino	18	85,7	125	76,2	3	60,0	16	72,7	162	76,4
Faixa etária										
Até 20 anos	0	0,0	4	2,4	0	0,0	1	4,5	5	2,4
21 a 40 anos	17	81,0	112	68,3	1	20,0	13	59,1	143	67,5
41 a 60 anos	3	14,3	40	24,4	3	60,0	7	31,8	53	25,0
> 60 anos	1	4,8	8	4,9	1	20,0	1	4,5	11	5,2
GAP										
Janeiro	1	4,8	16	9,8	0	0,0	0	0,0	17	8,0
Fevereiro	0	0,0	12	7,3	0	0,0	0	0,0	12	5,7
Março	0	0,0	4	2,4	0	0,0	0	0,0	4	1,9
Abril	19	90,5	47	28,7	5	100,0	19	86,4	90	42,5
Maio	0	0,0	6	3,7	0	0,0	0	0,0	6	2,8
Junho	1	4,8	27	16,5	0	0,0	2	9,1	30	14,2
Julho	0	0,0	5	3,0	0	0,0	1	4,5	6	2,8
Agosto	0	0,0	13	7,9	0	0,0	0	0,0	13	6,1
Setembro	0	0,0	17	10,4	0	0,0	0	0,0	17	8,0
Outubro	0	0,0	7	4,3	0	0,0	0	0,0	7	3,3
Novembro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dezembro	0	0,0	10	6,1	0	0,0	0	0,0	10	4,7
2017	0	0,0	46	28,0	0	0,0	0	0,0	46	21,7
2018	21	100,0	118	72,0	5	100,0	22	100,0	166	78,3
Total	21	100,0	164	100,0	5	100,0	22	100,0	212	100,0

Infere-se que, ao analisar os motivos de recusa ou abandono do TARV, se coletaram informações referentes a uma população de 75 pacientes presentes no *gap* de tratamento registrados no sistema SIMC e, destes, a amostra do estudo resultou em 31 pacientes que estavam em acompanhamento pelo Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis, da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto (SP), entre fevereiro e maio de

2018. Estratificou-se a amostra de acordo com a situação dos pacientes, verificada no relatório do sistema, classificando-os em: pacientes que recusam o tratamento; pacientes em abandono de TARV e abordagem consentida não autorizada, quando o paciente não autoriza contato, realizando-se a estatística descritiva após a separação dos dados.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo o óbito e o tempo de matrícula. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2018.

	Paciente Recusa Tratamento		Paciente em Abandono de TARV		Abordagem Consentida Não Autorizada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Óbito								
Óbito - Não	7	100,0	21	91,3	1	100,0	29	93,5
Óbito - Sim	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	6,5
Tempo de Matrícula								
Até 1.000 dias	1	14,3	6	26,1	0	0,0	7	22,6
1.001 a 2.000 dias	5	71,4	9	39,1	1	100,0	15	48,4
2.001 a 3.000 dias	0	0,0	5	21,7	0	0,0	5	16,1
> 3.000 dias	1	14,3	3	13,0	0	0,0	4	12,9
Total	7	100,0	23	100,0	1	100,0	31	100,0

Tabela 3. Distribuição da caracterização dos pacientes segundo o sexo, idade, escolaridade e estado civil. São José do Rio Preto - SP 2018.

	Paciente Recusa Tratamento		Paciente em Abandono de TARV		Abordagem Consentida Não Autorizada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	2	28,6	4	17,4	0	0,0	6	19,4
Masculino	5	71,4	19	82,6	1	100,0	25	80,6
Idade								
Até 30 anos	2	28,6	9	39,1	1	100,0	12	38,7
31 a 40 anos	2	28,6	10	43,5	0	0,0	12	38,7
41 a 50 anos	1	14,3	2	8,7	0	0,0	3	9,7
> 50 anos	2	28,6	2	8,7	0	0,0	4	12,9
Escolaridade								
Ensino Fund. Incomp.	1	14,3	7	30,4	0	0,0	8	25,8
Ensino Médio Comp.	3	42,9	6	26,1	0	0,0	9	29,0
Ensino Médio Incomp.	0	0,0	5	21,7	0	0,0	5	16,1
Ensino Superior Comp.	1	14,3	3	13,0	0	0,0	4	12,9
Ensino Superior Incomp.	2	28,6	2	8,7	1	100,0	5	16,1
Estado Civil								
Solteiro (a)	5	71,4	18	78,3	1	100,0	24	77,4
Casado (a)	1	14,3	2	8,7	0	0,0	3	9,7
Outros	1	14,3	3	13,0	0	0,0	4	12,9
Total	7	100,0	23	100,0	1	100,0	31	100,0

Tabela 4. Distribuição da caracterização dos pacientes segundo o município de residência, ocupação, renda, moradia, meio de transporte e filhos. São José do Rio Preto - SP 2018.

	Paciente Recusa Tratamento		Paciente em Abandono de TARV		Abordagem Consentida Não Autorizada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Município de Residência								
São José do Rio Preto	7	100,0	21	91,3	1	100,0	29	93,5
Outros	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	6,5
Ocupação								
Ativo	5	71,4	18	78,3	1	100,0	24	77,4
Inativo	2	28,6	5	21,7	0	0,0	7	22,6
Renda								
Aposentado ou Pensionista	0	0,0	3	13,0	0	0,0	3	9,7
Sem renda	3	42,9	8	34,8	1	100,0	12	38,7
Autônomo	1	14,3	3	13,0	0	0,0	4	12,9
Assalariado	3	42,9	9	39,1	0	0,0	12	38,7
Moradia								
Própria quitada	1	14,3	7	30,4	1	100,0	9	29,0
Alugada	5	71,4	8	34,8	0	0,0	13	41,9
Outros	1	14,3	8	34,8	0	0,0	9	29,1
Meio de Transporte								
Ônibus	2	28,6	12	52,2	1	100,0	15	48,4
Carro	2	28,6	4	17,4	0	0,0	6	19,4
Outros	3	42,9	7	30,4	0	0,0	10	32,3
Filhos								
Não	5	71,4	16	69,6	1	100,0	22	71,0
Sim	2	28,6	7	30,4	0	0,0	9	29,0
Total	7	100,0	23	100,0	1	100,0	31	100,0

Tabela 5. Distribuição dos pacientes segundo a prática sexual, parcerias sexuais, parcerias soropositivas, mais de três parceiros sexuais durante a vida, uso de preservativo, histórico de IST e uso de droga. São José do Rio Preto(SP), 2018.

	Paciente Recusa Tratamento		Paciente em Abandono de TARV		Abordagem Consentida Não Autorizada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prática Sexual								
Relações com homens	5	71,4	16	69,6	1	100,0	22	71,0
Relações com mulheres	0	0,0	6	26,1	0	0,0	6	19,4
Relações homens/mulheres	2	28,6	1	4,3	0	0,0	3	9,7
Parcerias Sexuais								
Única	2	28,6	8	34,8	1	100,0	11	35,5
Múltiplas	2	28,6	8	34,8	0	0,0	10	32,3
Outras	3	42,9	7	30,4	0	0,0	10	32,3
Parcerias Soropositivas								
Sim	2	28,6	5	21,7	0	0,0	7	22,6
Não	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	6,5
Ignorado	5	71,4	16	69,6	1	100,0	22	71,0
Mais de três parceiros sexuais durante a vida?								
Sim	5	71,4	21	91,3	1	100,0	27	87,1
Não	2	28,6	2	8,7	0	0,0	4	12,9
Uso de Preservativos								
Sempre	1	14,3	3	13,0	0	0,0	4	12,9
Nunca	1	14,3	5	21,7	0	0,0	6	19,4
Às vezes	5	71,4	15	65,2	1	100,0	21	67,7
Histórico de IST								
Sim	4	57,1	9	39,1	1	100,0	14	45,2
Não	3	42,9	14	60,9	0	0,0	17	54,8
Uso de Drogas								
Sim	6	85,7	16	69,6	1	100,0	23	74,2
Não	1	14,3	7	30,4	0	0,0	8	25,8
Total	7	100,0	23	100,0	1	100,0	31	100,0

DISCUSSÃO

Constatou-se que a não adesão ao tratamento antirretroviral é vista como uma das maiores ameaças à efetividade do TARV, à disseminação do vírus e ao surgimento de resistência no âmbito coletivo, isto porque os novos regimes terapêuticos para soropositivos os mantêm com elevada expectativa de vida, tratando-se o HIV/Aids não mais como uma doença fatal, e sim uma doença crônica. Associa-se a adesão ao princípio da autonomia, à medida que se exige a concordância do paciente em seguir as recomendações indicadas, implicando o papel proativo aos cuidados com a própria saúde. Entende-se que o processo de tratamento exige, do indivíduo, para a adesão, integração complexa entre a aceitação do diagnóstico, conhecimentos e habilidades de enfrentamento, que sofrem interferência de outros fatores ligados ao ambiente social e ao cuidado à saúde.¹⁴

Compreende-se, na literatura, que a não adesão ocorre, em algum grau, tanto em países pobres, quanto em ricos, e a taxa média de adesão é de 50%. Consideram-se alguns fatores relevantes e associados ao motivo de abandono ou à recusa ao tratamento. Descreve-se, em estudos, que os

profissionais do serviço ambulatorial, que atuam com pessoas infectadas pelo HIV, conheçam quais são os fatores de riscos para a não adesão à TARV do seu grupo específico de clientes.¹⁵

Registraram-se, no Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2017, de 1980 até junho de 2017, 576.245 (65,3%) casos de Aids em homens e 306.444 (34,7%), em mulheres. Expressa-se a razão de sexos pela relação entre o número de casos de HIV/Aids em homens e mulheres, a partir de 2009, que passou a ser de 22 casos de Aids em homens para cada dez casos em mulheres, em 2016. Têm-se apresentado as taxas de detecção do vírus em homens, nos últimos dez anos, tendência de crescimento; em 2006, a taxa foi de 24,1 casos/100 mil hab., a qual passou para 25,8 em 2016, representando um aumento de 7,1%.¹⁵ Mostra-se, pelos resultados, a prevalência do sexo masculino (76,4%) entre os indivíduos em *gap* de tratamento, assim como a predominância de pacientes na faixa etária de 21 a 40 anos (67,5%), que apresenta a maior concentração dos casos de HIV/Aids no Brasil. Percebe-se que houve uma correlação de nível baixo, mas significativa (sig.0,049), da idade com a suscetibilidade de pessoas vivendo com HIV e, de acordo com pesquisas, a maior proporção

de casos do vírus está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos.¹¹

Verificou-se a ocorrência de dois óbitos (6,5%) entre os pacientes que estavam em abandono do tratamento, mas não é possível associar o abandono do TARV à causa da morte. Tem-se conhecimento, nestes casos, porém, de que o vírus do HIV/Aids age no sistema imunológico do indivíduo tornando-o vulnerável e frágil. Percebe-se que, do mesmo modo, os resultados não mostraram que o tempo de conhecimento do paciente sobre o seu diagnóstico e a necessidade do acompanhamento ambulatorial (tempo de matrícula) possuem relevância quanto à situação de tratamento do indivíduo, apresentando tempo de matrícula superior a dois anos para a maior parte da amostra (48,39%).

Constatou-se que o grau de escolaridade da amostra não permitiu realizar correlação com a situação de tratamento do paciente, mostrando resultados pouco diferentes entre indivíduos que possuem o Ensino Fundamental incompleto (25,81%) e aqueles que chegaram a concluir o Ensino Médio (29,03%). Pode-se contribuir, pelo tempo de estudo do indivíduo, para explicar a dificuldade que muitos pacientes têm para compreender a importância da adesão ao tratamento.¹⁷ Nota-se, também, a prevalência do sexo masculino na situação de não adesão ao tratamento, representada por 80,65% da amostra. Relaciona-se, em algumas pesquisas, o maior índice de não adesão ao TARV ao sexo masculino, do mesmo modo que se salienta a frequência de faltas, do sexo feminino, às consultas de acompanhamento clínico, mostrando que as mulheres apresentam alto risco de não adesão ao tratamento, que pode estar associado ao fato de precisarem realizar trabalhos domésticos, organizar a rotina da família e cuidar das crianças, ocorrendo o esquecimento de maior número de doses da medicação.¹⁸ Apresenta-se, por outros autores, a ideia de que, em geral, a adesão ao tratamento aumenta com a idade¹⁵ e os resultados possibilitam a visualização de que a faixa etária de 41 a 50 anos e acima de 50 anos é composta por indivíduos com menor percentagem de interrupção do tratamento.

Apontou-se a realidade socioeconômica do indivíduo como um fator de baixo risco para a não adesão ao tratamento, e a amostra apresentou percentagens semelhantes de indivíduos em situação de não adesão que afirmaram possuir vínculo empregatício (assalariados, 38,71%) e aqueles que não possuem nenhuma renda (38,71%). Observou-se, no entanto, com base nos resultados, que

a variável renda ($p=0,196$) foi a que mais alcançou o valor significativo do coeficiente de dependência ($p<0,05$), podendo ser associada à situação de tratamento do indivíduo, e a espécie de ocupação também pode ser um fator de associação direta à adesão, gerando um impacto negativo na participação do cliente em seu tratamento. Deve-se avaliar a moradia quando configura uma situação de extrema pobreza, uma vez que tal condição pode impor dificuldades de acesso ao tratamento,^{15,17,19} contudo, apenas 19,35% da amostra afirmaram residir em local cedido por familiares ou conhecidos e 9,68%, em local de trabalho ou em situação de rua, residindo, os demais da amostra, em moradia alugada, própria e quitada e não quitada, o que não tornou possível a correlação entre a situação de não adesão ao TARV e o estilo de moradia do indivíduo. Configura-se o meio de transporte como uma variável que também determina a situação socioeconômica dos pacientes analisados, porém, não há correlação com a situação do tratamento, pois apenas 9,68% da amostra afirmaram não possuir acesso a nenhum tipo de meio de transporte a não ser a pé, enquanto os demais relataram ter acesso ao transporte coletivo do município, carro, entre outros meios.

Identificou-se que, quanto à paternidade, o fato de o indivíduo possuir ou não filhos não pode ser relacionado com a situação do tratamento, e não se encontraram pesquisas que fizessem essa comparação, sendo possível observar, nos resultados, que 70,97% dos indivíduos da amostra não tinham filhos. Apresentaram-se em situação de recusa do tratamento 28,57% dos indivíduos, que confirmaram possuir filho e, destes, 30,43% estavam em abandono do TARV. Verificou-se que, das práticas sexuais, a variável com valor significativo em relação ao coeficiente de dependência ($p<0,05$) foi a quantidade de parcerias sexuais durante a vida (Já teve mais de três parceiros sexuais durante a vida? - com $p=0,201$). Infere-se que a maior parte da amostra, 87,10% (27 pacientes), confirmou ter mantido relação com mais de três parceiros durante a vida e, concomitantemente, 70,97% (22 pacientes) confirmam ignorar a possibilidade de seus parceiros sexuais possuírem o diagnóstico soropositivo, fator preocupante e que tem relação direta com a disseminação do vírus. Pode-se relacionar a predominância do sexo masculino nas taxas de detecção do vírus, com relação às práticas sexuais, ao fato de grande parte dos indivíduos manter relações sexuais com homens (70,97%).¹⁶ Mostra-se, nos resultados, que apenas 9,68% da amostra relataram

manter relações com homens e mulheres, e 19,35%, apenas com mulheres.

Observou-se que, quanto às práticas sexuais, um paciente (3,23%) afirmou manter relações sexuais múltiplas e regulares e três pacientes (9,68%) mantiveram relações múltiplas e eventuais, isto é, alguns indivíduos confirmaram ter tido ou mantido relações com mais de uma pessoa regularmente, afirmando, também, terem mantido relações eventuais concomitantes às regulares. Relatou-se, por 21 pacientes (67,74%), o uso do preservativo esporadicamente, situação alarmante no que diz respeito à disseminação do vírus, já que a América Latina representa 45% (33-51%) de pessoas que vivem com HIV/Aids e, em âmbito mundial, a Europa Ocidental e a América do Norte possuem 51% (39-60%) da população vivendo com HIV/Aids, sendo que a menor cobertura está no Oriente Médio e no Norte da África, com apenas 11% (8-16%).²⁰

Percebeu-se que oito entre 31 pacientes da amostra afirmaram não fazer uso de nenhuma espécie de droga, incluindo o álcool, e estudos apontam que a dependência química pode ser um dos fatores de risco para a recusa do TARV, com maior frequência, comprovando situações futuras de abandono do tratamento para aqueles que o iniciam. Aponta-se, em estudos, a ingestão de bebida alcoólica como fator que predispõe à não adesão ao tratamento, partindo do senso comum entre a população de que bebidas e medicamentos não podem ser misturados, e isso contribui para que mesmo pessoas com boa adesão parem de tomar os medicamentos para consumir bebida alcoólica, ainda que socialmente.²¹ Alerta-se que o fato de o paciente possuir histórico com alguma infecção sexualmente transmissível não pode ser relacionado à sua situação de tratamento, observando a proximidade de valores, pois, entre 17 indivíduos (54,84%) da amostra que não possuem histórico de IST, 14 (45,16%) já foram infectados sexualmente. Associa-se o fato à percepção de controle sobre a própria saúde do indivíduo, e alguns estudos buscam verificar se há relação entre a percepção de controle sobre a saúde e a adesão ao tratamento de alguns problemas crônicos como a hipertensão e o diabetes. Constitui-se a expectativa de controle como um elemento que interfere no enfrentamento das situações e, consequentemente, na capacidade adaptativa do paciente, e um estudo realizado no Brasil, entre clientes HIV positivos de um hospital leito-dia em tratamento com HAART, não evidenciou relação entre o locus de controle e a não adesão.²²⁻³

CONCLUSÃO

Constatou-se que houve aumento de 360,87% no *gap* de tratamento das pessoas vivendo com o HIV/Aids, entre 2017 e 2018, no município de São José do Rio Preto/SP. Sabe-se que os fatores e as causas associadas ao *gap* de tratamento foram a recusa do tratamento, o abandono de TARV, óbitos e desfechos diversos. Revela-se que o estudo não mostrou significância quanto à condição clínica, situação conjugal, socioeconômica e abandono do tratamento. Verifica-se que as implicações teóricas dos resultados e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico são estratégias para a redução do *gap* gerado por duplicidade, identificando o real quantitativo de *gap* de tratamento, além de conhecer e identificar os usuários e as causas do *gap* de tratamento, elaborando estratégias para redução do *gap* e fornecendo tratamento e acompanhamento adequados para a população.

FINANCIAMENTO

O estudo recebeu financiamento da agência de fomento PIBIC/CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Oku AO, Owoaje ET, Oku OO, Monjok E. Prevalence and Determinants of Adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy Amongst People Living with HIV/ AIDS in a Rural Setting in South-South Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2014 Mar;18(1):133-43. PMID: [24796178](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24796178/)
2. Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014 Jan/Mar;18(1):32-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>
3. Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy. *Rev esc enferm USP*. 2008 Sept; 42(3):490-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300011>
4. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT. Structural analysis of social representations of antiretroviral therapy. *Psicol Saber Social*. 2013; 2(1): 104-14. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2013.6931>
5. Pinto IA, Figueiredo AAF. Fatores que influenciam na adesão e não-adesão ao tratamento antiretroviral por pessoas vivendo

com HIV/AIDS: uma revisão da literatura científica produzida no Brasil entre 2010-2017. In: Convención Internacional de Salud. Anais da Convención Internacional de Salud [Internet]. Havana: Ministério de Salud Pública de Cuba; 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/2086/700>

6. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. O que é AIDS? Aids é a mesma coisa que HIV? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Nov 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/14-o-que-e-aids-aids-e-mesma-coisa-que-hiv>

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/AIDS. Bol Epidemiol [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 Apr 03];5(1):1-64. Available <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>

8. Styrt BA, Piazza-Hepp TD, Chikami GK. Clinical toxicity of antiretroviral nucleoside analogs. Antivir Res. 1996 July;31(3):121-35. Doi: [10.1016/0166-3542\(96\)85209-0](https://doi.org/10.1016/0166-3542(96)85209-0)

9. UNAIDS Brasil. Estatísticas: relatórios mais recentes do Ministério da Saúde do Brasil [Internet]. Brasília: UNAIDS Brasil; 2014 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://unaids.org.br/estatisticas/>

10. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, AIDS, e Hepatites Virais. Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids (SIMC) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/es/node/64256>

11. UNAIDS Brasil. Prevenção combinada do HIV [Internet]. Brasília: UNAIDS Brasil; 2018 [cited 2018 Nov 15]. Available from: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/08/2017_08_15_preven%C3%A7%C3%A3o_combinada_FINAL.pdf

12. Kurth AE, McClelland L, Wanje G, Ghee AE, Peshu N, Mutunga E, et al. An integrated approach for antiretroviral adherence and secondary HIV transmission risk-reduction support by nurses in Kenya. J Assoc Nurses AIDS Care. 2012 Mar/Apr;23(2):146-54. Doi: [10.1016/j.jana.2011.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.05.001)

13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, São Paulo, São José do Rio Preto, População [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2018 Oct 15]. Available from:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>

14. Carrapato JFL, Resende MHM, Santos NO. People living with HIV / AIDS: diagnosis of a death sentence? Rev Emancipação. 2014; 14(2):321-36. Doi: [10.5212/Emancipacao.v.14i2.0011](https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.14i2.0011)

15. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adherence to the antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Rev esc enferm USP. 2006 Dec; 40(4):576-81. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400018>

16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais. Bol Epidemiol [Internet]. 2017 July [cited 2018 Nov 15]; 5(1):1-64. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017>.

17. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2015 June; 31(6):1188-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>

18. Silva JVF, Nascimento Júnior FJM, Rodrigues APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: Desafio de Saúde Pública. Cad Grad [Internet]. 2014 May [cited 2018 Nov 12];2(1):165-75. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/1193/772>

19. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. Soc Sci Med. 2000 June; 50(12):1599-605. PMID: 10795966

20. Nações Unidas do Brasil. ONU: 54% das pessoas que vivem com HIV não sabem que têm o vírus [Internet]. Brasília: ONUBR; 2014 [cited 2018 Sept 15]; Available from: <https://nacoesunidas.org/onu-54-das-pessoas-que-vivem-com-hiv-nao-sabem-que-tem-o-virus/>

21. Rego SRM, Rego DMS. Association between the usage of alcohol by HIV patients and the adherence to the antiretroviral drug treatment: a literature review. J Bras Psiquiatr. 2010;59(1):70-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100011>

22. Colombrini MRC. Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz nos casos de HIV/Aids [dissertation] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003 [cited 2018 Oct 12]. Available from:

http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_8d9960759b1f078f31d954276aa464f5

23. Souza GO, Tibúrcio AACM, Koikel, M.K. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. Medical Express. 2016 June;3(3): M160305. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2016.03.05>.

Submissão: 01/11/2018

Aceito: 26/02/2019

Publicado: 01/05/2019

Correspondência

Ana Flávia Oliveira
Avenida Jamil Feres Kfoury, 21 - Bloco B, Ap.
31
Jardim Panorama
CEP: 15091-240 – São José do Rio Preto (SP),
Brasil