

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

JEFFERSON SANTOS DE OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À RETIRADA REGULAR DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL NA CIDADE DE SANTOS**

SANTOS

2021

JEFFERSON SANTOS DE OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À RETIRADA REGULAR DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL NA CIDADE DE SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos
para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política, condição social e saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cláudia Renata dos Santos Barros

SANTOS

2021

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita de C. Rebello Nastasi - CRB-8/2240

048j Oliveira, Jefferson Santos de
Fatores associados à retirada regular da terapia antirretroviral
na cidade de Santos / Jefferson Santos de Oliveira
; orientadora Claudia Renata dos Santos Barros. --
2021.
f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2021
Inclui bibliografia

1. HIV (Virus). 2. AIDS (Doença). 3. Terapia antirretroviral
I.Barros, Claudia Renata dos Santos. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

JEFFERSON SANTOS DE OLIVEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À RETIRADA REGULAR DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL NA CIDADE DE SANTOS**

Apresentado em: ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Cláudia Renata dos Santos Barros (UNISANTOS)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Eliana Miura Zucchi (UNISANTOS)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira- Membro Titular – USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A todos que amo;

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o esforço e empenho em minha formação: às minhas irmãs, cunhado e sobrinhos, pelo acolhimento e carinho que sempre a mim dispensaram; e ao William, que desde o início dessa jornada esteve ao meu lado. Todo o meu amor para vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre guiar meus passos e me mostrar o melhor caminho a seguir sempre.

Sou eternamente grato a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Cláudia Renata dos Santos Barros por me acolher desde o primeiro encontro, sempre com muita atenção e disponibilidade e sempre com paciência e didática pôde me ajudar a construir cada passo deste trabalho.

Agradeço aos professores da Saúde Coletiva por todo o conhecimento multiplicado nas aulas e nas atividades. Em especial à Prof.^a Dr.^a Eliana Miura Zucchi e ao Prof. Dr. Silvano por me acompanhar de perto nessa trajetória.

Sou grato a todos os pacientes e equipe do SAE Santos que mesmo de maneira indireta foram importantes na execução deste trabalho. Cada palavra empregada aqui foi registrada com muito amor e carinho.

Aos meus colegas de estudos que se tornaram grandes amigos no curso e na vida: Alan, Bruna, Danielle, Flávia, Gláucia, Rafaela e Ravi, Val e Normélia; com vocês tudo foi mais leve e doce, tenham a certeza disso.

À minha amiga Gláucia que sempre foi minha parceira, confidente, colega de trabalho e de tudo o mais que nos tornamos durante esses muitos anos de amizade. Quantas horas, ligações, lágrimas e risos compartilhamos nesses últimos anos... Esse apoio incondicional foi primordial para que conseguíssemos passar por todas as demandas que a vida nos trouxe. Obrigado, amo você.

E a você William, meu eterno amor, meu “moreco” que há anos torna os meus dias mais felizes, leves e repletos de amor e carinho. Você me apoia em todas as minhas decisões e mantém a mão estendida para o que eu precisar; sempre pronto para me apoiar, seja qual for a minha escolha. Você é um dos motivos de todo o meu esforço e dedicação para me tornar um ser humano melhor comigo e com os outros. Amo você com todas as minhas energias. “More”, essa conquista é nossa.

RESUMO

OLIVEIRA, J.F. **Fatores associados à retirada regular da terapia antirretroviral na cidade de Santos.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, São Paulo. 69 f. 2021.

Introdução: O Brasil e o mundo ainda sofrem com a notificação diária de novos casos de pessoas infectadas pelo HIV; contudo, também é de conhecimento universal a evolução no conhecimento adquirido ao longo dos anos acerca da infecção e seu tratamento. O Brasil possui como protocolo instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o “Testar e Tratar”, que confere à PVHIV após o diagnóstico a recomendação imediata da terapia antirretroviral, independentemente de sua condição clínica. Essa estratégia reflete a “Meta 90 90 90” que estipulou até o ano de 2020 que 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu estado sorológico, 90% dessa população esteja em tratamento e que 90% esteja em supressão viral. Assim, o Brasil conquista posição de destaque entre outros países em desenvolvimento quanto ao enfrentamento da epidemia de HIV, ação que, além de beneficiar indiscriminadamente toda população, contribuiu diretamente para o rompimento da cadeia de transmissão do HIV. **Objetivo:** Analisar os fatores associados à retirada regular de antirretrovirais dos pacientes matriculados no Serviço de Atendimento Especializado em HIV da cidade de Santos nos anos de 2014 a 2018. **Método:** Estudo quantitativo de recorte transversal, realizado nos anos de 2014 a 2018 por meio da análise de prontuários do Serviço de Assistência Especializada – SAE em HIV/AIDS da cidade de Santos. Para realizar a análise do estudo foram avaliados o indicador de tempo e a quantidade de medicamentos dispensados pela farmácia do SAE – Santos extraídos do banco de dados SICLOM. O intervalo adotado para essa determinação foi dos primeiros 180 dias a contar da primeira retirada do paciente, desde que tenha sido efetuada até o mesmo período após sua entrada no serviço, seguindo assim os objetivos desta pesquisa. O indicador metodológico utilizado foi baseado na Proporção de Dias Cobertos (PDC – Proportion of Days Covered). **Resultados:** Dentre os pacientes participantes do estudo 84% possuíam retirada regular da terapia antirretroviral. Em relação ao perfil da população do estudo, pudemos observar que na variável sexo (1.072) o masculino apresenta 79% em relação ao sexo feminino; observa-se que 89% das pessoas são adultos com idade entre 25 e 60 anos; e quanto à cor da pele (979) 1/3 da população é parda. Quanto ao nível de escolaridade (1.032) da população 67% das pessoas possuem nove anos ou mais de estudo; quanto ao estado marital (1.025) 60% da amostra declararam ser solteiras; e em referência à categoria de exposição (1.017) metade autorrelatou ser heterossexual. Em relação às condições clínicas, 65% das PVHIVs apresentaram resultados dos linfócitos CD4 ≥ 350 células/mm³ e 57% estavam com o resultado para exame de carga viral com limite < 50 cópias/mL. Ao analisar o tempo de diagnóstico, os resultados demonstraram que 87% das pessoas tiveram o diagnóstico após o ano de 2014. Quanto ao esquema terapêutico utilizado pelos pacientes 79% das pessoas usavam outras terapias que não apenas a 3x1; 82% efetuaram pelo menos duas ou mais retiradas. **Conclusão:** As características pessoais dos pacientes são fatores que podem influenciar no processo da retirada da terapia antirretroviral e em consequência o nível de adesão ao tratamento. É importante identificar o perfil dos pacientes vivendo com HIV para conhecer suas características pessoais e assim direcionar os esforços mediante suas necessidades. A retirada da terapia antirretroviral pôde ser associada

a uma escolaridade da população, porém ainda há relevância em analisar outros fatores que possam melhor compor o perfil dos indivíduos em retirada regular da terapia.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Terapia Antirretroviral.

ABSTRACT

Background: Brazil and the world still struggle with the daily notifications of new cases of HIV infections; however, the evolution in the knowledge acquired over the years about the infection and its treatment is also universally known. In Brazil, the protocols instituted by the Ministry of Health (MS) - known as “Test and Treat” - allows people living with HIV (PLWHIV) to be immediately diagnosed; and if confirmed HIV positive, to receive antiretroviral therapy regardless of their clinical condition. This approach reflected in the implementation of the so-called “Goal 90 90 90”; which aimed that 90 percent of the population with HIV to know their diagnosis by 2020; 90 percent of the population to undergo treatment; and 90 percent of the population to be on viral suppression. Thus, Brazil gains a prominent position among developing countries in terms of tackling the HIV epidemic; therefore, the protocol resulted in the general benefit for the entire population, and directly contributed to the interruption of the transmission chain of HIV. **Objective:** To analyze the factors associated with the regular collection of antiretroviral therapy (ART) from patients who attended to the Specialized HIV Care Service in the city of Santos from 2014 to 2018. **Method:** Quantitative-based cross-sectional study carried out from 2014 to 2018 using the records of the Specialized Assistance Service - SAE on HIV/AIDS in the city of Santos. In order to carry out the analysis of the study, the time indicator and the quantity of drugs dispensed by the SAE - Santos pharmacy were obtained from the SICLOM database. The interval used in this case was the first 180 days (from the patient’s first collection), provided that it was carried out until the same period after SAE registration. The methodological indicator used was based on the Proportion of Days Covered (PDC). **Results:** Among the patients participating in the study 84% collected the antiretroviral therapy (ART). In relation to the profile of the study population, there were 79% more males than females (total population: 1,072); 89% of population were adults between 25 and 60 years; and as for skin color (979) 1/3 of the population was considered brown. As for the level of education 67% of the population (1,032) had nine years or more of any level of education; 60% of the population (1,025) was reported as single; and in reference to the exposure category (1,017) 50% reported to be heterosexual. Regarding the clinical condition, 65% of the PLWHIV presented had CD4 lymphocyte count ≥ 350 cells/mm³; and 57% had viral load examination results with a limit of < 50 copies/mL. When analyzing the time of diagnosis, the results showed that 87% of people were diagnosed after 2014. As for the therapeutic methods utilized, 79% of the patients used other therapies than the combination 3x1; 82% collected the drugs at least twice in the last 180 days. **Conclusion:** The characteristics of the patients are factors that can trigger the collection of antiretroviral therapy at the SAE; and consequently, the level of adherence to treatment. It is important to identify the profile of patients with HIV in order to know their personal characteristics and direct efforts according to their needs. The collection of antiretroviral therapy is associated with the level of education; however it is relevant and necessary to analyze other factors that build the profile of those selected for regular therapy collection.

Keywords: HIV; AIDS; Antiretroviral Therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva da distribuição sociodemográfica dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.....	41
Tabela 2 - Distribuição dos dados após a análise do teste de Qui Quadrado dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.....	42
Tabela 3 - Análise bivariada e multivariada dos dados dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e aspectos relevantes das análises de vulnerabilidade de HIV/AIDS.....	27
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO.....	14
1.2 A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	16
1.2.1 Brasil e enfrentamento ao HIV em decorrência da Meta 90 90	
90.....	18
1.2.2 Falha virológica.....	20
1.3 A RETIRADA DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SEUS	
FATORES ASSOCIADOS.....	21
1.3.1 Adesão.....	21
1.3.2 Padrão de retirada.....	21
1.3.3 Vulnerabilidade.....	25
1.3.4 Associações à terapia.....	27
2. HIPÓTESE DO ESTUDO.....	31
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4. METODOLOGIA.....	33
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
4.4 LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	37
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
4.7 PLANO DE COLETA.....	38
4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	38
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5. RESULTADOS.....	40
6. DISCUSSÃO.....	45
7. CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO.....	56
Anexo 1 - Termo de Compromisso de Coleta de Dados de Prontuários.....	68

1. INTRODUÇÃO

No início da década de 1980, o mundo se deparou com o surgimento dos primeiros casos de uma infecção que foram registrados na cidade de São Francisco, na Califórnia, EUA. Essa doença acometia o sistema imunológico e promovia o adoecimento por Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii*, até então, entendida como consequência de pessoas gravemente imunodeprimidas. Os primeiros casos foram identificados entre jovens homens previamente hígidos que em comum praticavam relações homossexuais (CDC, 1981, SANTOS; TAYRA; SILVA et al., 2002; GRECO, 2008). Pela relação da doença com a vida sexual, a mídia caracterizou e divulgou essa então desconhecida patologia como uma “peste gay”; contudo, no meio científico a denominação utilizada era de uma “síndrome associada a uma deficiência do sistema imune” (VERAS et al., 1998).

Com o surgimento dos casos iniciais e a evolução da doença, outros grupos de pessoas também passaram a ser identificados com essa infecção, vindo a ser relacionada entre hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, haitianos e as profissionais do sexo. Assim, identificou-se que na maior parte dos casos a transmissão estava ligada ao contato com fluidos corporais potencialmente infectados, por contato sexual pelo sêmen, pelo compartilhamento de seringas, transfusão de sangue/hemoderivados, secreções vaginais e leite materno. À época inferia-se que as secreções eram responsáveis pelo contágio entre os indivíduos, fazendo com que essas pessoas fossem consideradas como “grupos de risco” (SANTOS; TAYRA; SILVA et al., 2002, GRECO, 2008).

Com o avanço da AIDS, essa denominação “grupo de risco”, que definia pessoas ou populações que, no universo da epidemia, possuíam maiores ou menores possibilidades de se infectar pelo vírus, mobilizou grupos sociais que discutiam questões acerca da repercussão negativa dessa denominação para a vida das pessoas afetadas pela doença. A partir da identificação dos meios de transmissão, passou-se a discutir sobre o comportamento das pessoas em suas relações afetivas e suas práticas sexuais. Nesse sentido, o “grupo de risco” foi substituído por “comportamento de risco”, o que de modo geral induzia à culpabilização das pessoas doentes (PINTO; PINHEIRO; VIEIRA et al., 2007).

Em paralelo às discussões no âmbito social, a medicina buscou até 1983 a identificação do agente etiológico, quando estudos descobriram o agente, que, ao

ser isolado, foi denominado vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo somente em 1984 descoberta a sua ligação como causador da AIDS e em 1985 disponibilizado um teste para sua detecção (SANTOS; TAYRA; SILVA et al., 2002, GRECO, 2008).

O então recente e isolado vírus HIV causador da infecção apresenta o curso natural da doença pela fase inicial denominada aguda e caracterizada dessa maneira por ser uma infecção recente. É nessa fase que o vírus inicia seu processo replicativo. Sendo mais bem adaptada ao linfócito T CD4, essa infecção pode ser determinada pelo período de 3 a 6 meses (COHEN; CHEN; McCAULEY et al., 2016).

No Brasil, os primeiros casos começaram a ser identificados também na década de 1980, em sua maioria entre homens homossexuais/bissexuais, concentrando-se nas regiões metropolitanas dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro (RODRIGUES JÚNIOR; CASTILHO, 2004). Com a progressão da doença, observou-se que houve uma mudança dos casos de AIDS no país, mostrando que aqueles que antes se concentravam nas grandes metrópoles avançavam também em direção aos municípios de médio e pequeno porte em todo o território nacional (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Foi observado no perfil epidemiológico da epidemia que, entre os heterossexuais, os dados demonstravam uma prevalência de 6,6% da população, elevando esse número para 39,2% em 1998. Evidenciaram-se também alterações na razão dos casos entre homem e mulher, que era de 23:1 em 1985, indo para 6:1 em 1990 e chegando a 2:1 em 1997 (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Ainda segundo o referido autor, naquele momento observava-se também a pauperização, quando a doença começa a atingir populações com menor tempo de escolaridade e renda. Mesmo com esses números o perfil da epidemia de HIV no Brasil ainda apresenta maior predomínio das pessoas consideradas como “população-chave”, onde a prevalência dos casos é maior entre os homens que fazem sexo com homem (HSH), travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (MCMAHON; JORDAN; KELLEY et al., 2011).

O Brasil e o mundo ainda sofrem com a descoberta diária de novos casos de pessoas infectadas pelo vírus, porém é importante ressaltar que mundialmente há uma evolução no conhecimento adquirido ao longo dos anos a respeito da infecção, seja relacionado à qualidade de vida, ao tratamento antirretroviral e ao prognóstico

da infecção, seja relacionado à mortalidade. Ainda é preciso tratar o HIV como uma doença que requer forte empenho social e governamental para combater o seu avanço (SILVA; DUARTE; NELSON et al., 2013).

1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O número de casos de AIDS registrados no Brasil no período de 1980 a 2018 foi de 982.129 casos, concentrando 267.813 (27%) deles no estado de São Paulo. Nos últimos cinco anos (2014 a 2018) foram 167.741 casos, com 31.903 (19%) deles no referido estado. É importante destacar que em nosso país a notificação compulsória da AIDS é obrigatória desde 1986 e os casos de HIV desde 2014; desse modo, a partir de 2014 podemos apresentar a notificação de pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2018a).

Durante os anos de 2014 a 2018 foram notificados 167.741 casos de HIV no Brasil, 70% dos quais eram do sexo masculino e 29% do sexo feminino; de maneira geral 83% dos casos aconteceram por via sexual. Observou-se ainda que a idade de todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente do sexo, localizava-se entre os 25 e 29 anos, com 31.447 (19%) em relação às demais faixas etárias (BRASIL, 2018a).

Em relação à escolaridade, o percentual é de 21% (35.216) de pessoas com ensino médio completo; contudo, houve um aumento nos últimos quatro anos entre os indivíduos com ensino superior completo. Durante o quinquênio 2009-2013 esse número, que era 6.077, passou para 15.938 casos de 2014 a 2018. Quanto à definição de raça/cor na população geral brasileira, os maiores percentuais de casos são entre os pardos com 68.674 (44%), seguidos dos brancos com 65.951 (43%) (BRASIL, 2018a).

Ao estratificar por sexo, entre os homens há predominância na faixa etária de 20 a 29 anos com 49.430 (42%) casos, seguida de 32.831 (28%) na faixa etária de 30 a 39 anos, com a maior concentração de casos na raça/cor branca com 48.875 (45%), seguido da parda com 47.572 (43%). Entre essa população, 52.391 (53%) relataram ser homossexuais e 36.020 (37%) heterossexuais; já os bissexuais representam 9.454 (9,7%) (BRASIL, 2018a).

No sexo feminino, o maior número de notificações ocorreu entre a faixa etária de 25 a 34 anos, com 14.742 (30%) casos, e a cor de pele parda com 21.091 (47%),

seguida de 17.067 (38%) de brancos, sendo nessa população a exposição sexual a causa de maior número de notificações, com 41.394 (86%) dos casos (BRASIL, 2018a).

Um estudo realizado entre os anos de 2002 e 2006 avaliou a expansibilidade da infecção pelo HIV entre os grandes centros e as regiões interioranas, observando que os centros urbanos e as cidades com os melhores índices de desenvolvimento, desde a década de 1990, concentraram os maiores casos da epidemia de AIDS no Brasil (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Esses dados são refletidos nos números de novos casos de HIV notificados entre os anos de 2014 e 2018 estratificados por regiões: Sudeste 68.901 (39%), Nordeste 39.457 (22%), Sul 34.742 (20%), Norte 19.641 (11%) e Centro-Oeste 12.399 (8%) (BRASIL, 2018a).

Somente no estado de São Paulo foram notificados 267.813 novos casos de AIDS entre os anos de 1980 a 2018. No período de 2014 a 2018 a incidência foi de 31.901 casos, sendo 23.773 em homens e 8.128 em mulheres (SÃO PAULO, 2018).

A distribuição raça/cor da população atribuída aos novos casos da infecção apresentou tendência de estabilidade entre pretos e pardos, comparados aos brancos. Maiores níveis de escolaridade foram encontrados na população masculina quando comparados às mulheres, onde 17,5% dos homens possuem ensino superior completo/incompleto contra 6,2% nas mulheres (SÃO PAULO, 2018).

A distribuição de casos no estado de São Paulo entre os anos de 2014 a 2018 por exposição sexual apresenta perfil de distribuição em sua maioria em heterossexuais 11.213 (48%), enquanto em homossexuais representa 8.663 (36%) dos casos (SÃO PAULO, 2018). Na região litorânea do estado de São Paulo, não diferente da capital, desde 1980 já se detectavam casos de infecção do HIV, acometendo populações específicas, tal como os homossexuais (PRADO; CASTILHO, 2009).

Nesse contexto, e em decorrência do número de casos de pacientes infectados à época, o município de Santos ficou reconhecido como a Capital da AIDS, registrando entre os anos de 1980 a 2018 16.946 casos de AIDS. Até o ano de 2017, Santos ocupava a terceira posição em número de casos no estado, com uma taxa de incidência de 22,1 casos por 100 mil habitantes (PRADO; CASTILHO, 2009, SÃO PAULO, 2018).

Dessa forma, busca-se avaliar os fatores que estão associados à retirada regular da terapia antirretroviral na cidade de Santos, para assim subsidiar o direcionamento das ações de saúde prestadas no serviço de atenção especializada da cidade.

1.2 A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil no combate à AIDS teve início no ano de 1988 com a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas, quando, a partir de 1991, passou a contemplar em seus protocolos a distribuição do antirretroviral Zidovudina (AZT), que é o primeiro medicamento disponibilizado para o combate à epidemia já instaurada (LAGO; COSTA, 2010).

No Brasil, antes de esse medicamento começar a ser distribuído, o tratamento baseava-se no uso de apenas um tipo de medicação recomendado somente para assintomáticos, com CD4+ abaixo de 350 células e sintomáticos independentemente do perfil imunológico. Com a evolução das pesquisas surgiram novas drogas, ampliando as opções de tratamento; essa ascensão trouxe consigo a redução do custo dos medicamentos, inclusão dos procedimentos para o tratamento da doença na tabela SUS e a fabricação da Zidovudina pelo país (NUNES JUNIOR; CIOSAK, 2018).

No ano de 1995, estudos demonstraram que a terapia antirretroviral atrelada à utilização de dois medicamentos análogos de nucleosídeos era mais eficaz no tratamento da AIDS quando comparada à monoterapia. Em junho de 1996, após ampla discussão da utilização dessas combinações durante a Conferência Mundial de AIDS em Vancouver, ficaram atribuídos o termo “coquetel” e a expressão “*highly active antirretroviral therapy*” (HAART), conhecida como terapia antirretroviral de alta potência quando da utilização dessas medicações em conjunto (HOFFMAN; ROCKSTROH; KAMPS, 2007).

Em 1996, o Brasil teve seu marco legal de acesso ao tratamento da AIDS, originando a Lei Federal nº 9.313, que garante o direito a toda medicação necessária ao tratamento ou alguma doença oportunista, que naquele momento colocava o Brasil na posição de primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso universal e gratuita a toda a população brasileira (BRASIL, 1996, GALVAO, 2002; COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Assim, o acesso ao esquema antirretroviral com novas orientações de manejo combinado da terapia foi disponibilizado, desde que padrões clínicos fossem seguidos para efetivo acesso aos medicamentos, os quais somente eram disponibilizados aos indivíduos assintomáticos ou sintomáticos que apresentassem a contagem dos linfócitos T CD4+ abaixo de 200/mm³; quando assintomático com padrão de linfócitos entre 200/mm³ e 350/mm³ atrelava-se a avaliação da carga viral (CV) ou comorbidades comuns aos pacientes adoecidos (BRASIL, 2013).

A partir do marco da distribuição universal dos antirretrovirais, o Brasil passou a agregar essas drogas gradativamente em sua linha terapêutica, que no ano 2000 já contemplava 13 tipos de medicamentos, dos quais já produzia sete. Nesse passo a indústria farmacêutica ganha força e importância, visto que o Brasil tem se engajado em apresentar propostas inovadoras, para garantir sua distribuição universal ou para estimular a produção nacional de medicamentos. Em decorrência disso, no ano de 2008 já havia aumentado sua oferta de medicamentos para 18 diferentes tipos (GALVAO, 2002, LAGO; COSTA, 2010).

Já no ano de 2013 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o “Testar e Tratar” que confere após o diagnóstico a PVHIV como recomendação imediata da terapia antirretroviral (TARV), independentemente do seu estado imunológico, ação que, além de beneficiar indiscriminadamente toda a população, contribuiu diretamente para o rompimento da cadeia de transmissão do HIV. Naquele momento, já era indicado como esquema de primeira linha o tratamento 3x1 (Tenofovir+Lamivudina+Efavirenz) em dose fixa, sempre que possível (BRASIL, 2013, BRASIL, 2018b).

Essa estratégia vai ao encontro da “Meta 90 90 90” que visa até o ano de 2020 que 90% das PVHIV conheçam seu estado sorológico, 90% dessa população esteja em tratamento e que 90% esteja em supressão viral (UNAIDS, 2015). Com esse novo protocolo o Brasil já se colocava à frente do padronizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que à época ainda indicava a TARV apenas para pessoas acima de 500 células de linfócitos T CD4+.

Somente no ano de 2015, as recomendações da OMS passam por modificações conforme avançam os estudos, entre eles os HIV Prevention Trials Network (HTPN 052), o PARTNERS e o Opposites Attract; a OMS revisou suas orientações para se encaixar nesses novos protocolos, determinando o início imediato da TARV, diferenciado do anteriormente preconizado, que era apenas para

paciente com 250 e 500 células de CD4/mm³ no organismo (COHEN; CHEN; McCAULEY et al., 2016).

Em fevereiro de 2017, de acordo com a OMS e o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2018b), a distribuição da terapia antirretroviral é revista e começa a contemplar uma nova medicação, o Dolutegravir associado ao Tenofovir e Lamivudina (2x1), utilizado para contemplar o maior número de pacientes em tratamento, sendo expandido posteriormente a todos os demais pacientes.

Assim, com os protocolos de tratamento e distribuição da terapia antirretroviral, o Brasil conquista posição de destaque entre outros países em desenvolvimento quanto ao enfrentamento da epidemia de HIV.

1.2.1 O Brasil e o enfrentamento ao HIV em decorrência da Meta 90 90 90

Após discussões acerca da necessidade de promover esforços, uma responsabilização global para se concretizar um enfrentamento efetivo no combate à AIDS. A UNAIDS divulga a “Meta 90 90 90” em 2014, que é composta por etapas que visam diagnosticar 90% de pacientes infectados pelo HIV, garantir acesso a terapia antirretroviral a 90% dessa população e garantir a supressão viral a 90% dos pacientes (UNAIDS, 2015).

A meta acerca do conhecimento sobre o estado sorológico da PVHIV destaca a necessidade de um direcionamento estratégico voltado à maior testagem da população. Cabe ressaltar que quanto mais precoce um diagnóstico maior a chance de inserção do indivíduo no tratamento (UNAIDS, 2015).

No que diz respeito ao tratamento antirretroviral direcionado para 90% de toda a população vivendo com HIV, é essencial que sejam delineadas estratégias de alcance e distribuição da terapia em todos os países alinhados à meta. É essencial definir protocolos de conduta e fornecimento precoce da TARV, seus esquemas de distribuição e ter seus benefícios claros. O Brasil já se destaca nesse quesito a ponto de praticar a política de distribuição universal da terapia; não só isso, como acesso gratuito a testes e a todo tratamento para o HIV (UNAIDS, 2015).

A supressão viral como terceira meta deriva da retenção do indivíduo ao serviço e ao tratamento antirretroviral, que como consequência colabora para o alcance do nível indetectável da carga viral no sangue da PVHIV. Outro destaque

para o Brasil é manter o acesso gratuito ao exame de carga viral, exame este que deve ser realizado periodicamente para que também reflita numa possível falha virológica (UNAIDS, 2015).

A CV é a quantidade ou o número de cópias do vírus no sangue quantificada por meio de exame laboratorial mostrando o número de cópias do HIV por mililitro de sangue. O status da CV no Brasil é reconhecido na pessoa infectada que está há pelo menos seis meses com a carga viral plasmática abaixo de 40 cópias/mL ou em níveis indetectáveis à sensibilidade dos exames laboratoriais (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019).

Assim, tornou-se necessária a implementação de estratégias que, além de conferir acesso aos serviços de saúde, auxilie no sucesso ao enfrentamento da epidemia do HIV. Entre elas, o “tratamento como prevenção”, embasado na proteção conferida pelos antirretrovirais e a supressão virológica como reflexo da não transmissão do vírus quando a carga viral estiver indetectável (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019).

O acompanhamento das implementações políticas para as metas estabelecidas é feito por meio da cascata do cuidado contínuo, que destaca em barras a porcentagem alcançada pelo Brasil em cada um dos três quesitos da meta. Em face do enfrentamento, o Brasil assumiu o compromisso em alcançá-las iniciando sua participação nessa empreitada com a assinatura da Declaração de Paris. Nessa declaração, os estados e cidades se comprometeram em adotar medidas que contribuiriam para acelerar a resposta mundial de enfrentamento ao HIV, conferindo maior apoio às lideranças, infraestrutura adequada, resultando no acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento integral (UNAIDS, 2015).

As primeiras cidades brasileiras a assinar a Declaração de Paris em dezembro de 2014 foram Curitiba, Salvador e Rio de Janeiro; em 2015 novas cidades e estados assinaram e fizeram parte do enfrentamento, dentre elas São Paulo e Porto Alegre, além do Distrito Federal (UNAIDS, 2016).

Dados aferidos no Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, que usa a cascata como ferramenta para o acompanhamento no avanço do enfrentamento ao HIV desde o ano de 2012, mostra o Brasil em ascensão no alcance das metas. Ao compararem a evolução dos resultados, os dados demonstraram um aumento de 69% para 84% de pessoas diagnosticadas, de 64% para 75% de em TARV e

superando a meta com pessoas em supressão viral de 86% para 92% (BRASIL, 2018c).

Especificamente no estado de São Paulo, o Boletim Epidemiológico do Ano de 2018 apresentou a cascata do cuidado contínuo com a estimativa de que sua população vivendo com HIV é de 225.474 mil pessoas, das quais 84% estão diagnosticadas, 61% em TARV e 61% com carga viral suprimida. Vale ressaltar que o estado também tem firmado o compromisso do enfrentamento ao HIV (SÃO PAULO, 2018).

Fica claro nesse período que todo o esforço direcionado ainda deve ser desempenhado de maneira assídua para que sejam ratificados os conceitos e as vantagens de um diagnóstico preciso, o início imediato da TARV e sua manutenção, bem como o apoio no alcance da supressão viral na PVHIV como mecanismo para quebrar a cadeia de transmissão do vírus, fator determinante para sua erradicação no mundo (RODGER; CAMBIANO; BRUUN et al., 2019).

1.2.2 Falha virológica

Um organismo capaz de manter a contagem das cópias virais do HIV abaixo do limite de detecção é, por definição da Organização Mundial da Saúde, um organismo em supressão virológica, quando da detecção por metodologia de rastreamento. Tal supressão confere a contenção do avanço da doença e da transmissibilidade, além do surgimento de resistência aos antirretrovirais (WHO, 2016).

Dentre os fatores que contribuem para a transmissão do HIV pela via sexual, sabe-se das infecções recentes, coinfeções ao HIV, a alta dosagem do vírus no organismo e as características da própria pessoa vulnerável à infecção. Outro fator agravante é o desconhecimento do estado virológico, pois entende-se que seja um indivíduo que não realiza o tratamento da infecção, proporcionando-lhe altos índices virêmicos nas secreções sexuais, favorecendo assim altas taxas de transmissão do HIV (HOLLINGSWORTH; PILCHER; HECHT, 2015, GOPALAPPA; FARNHAM; CHEN et al., 2016).

As recomendações preconizadas pela OMS seguem importantes estudos clínicos, tais como o HPTN 052, o PARTNERS e o Opposites Attract, que serviram para embasar os protocolos da organização para atualização da indicação imediata

da terapia a partir de 2015 em substituição à orientação de 2012, que somente eram indicados para os indivíduos intervalos específicos de contagens de linfócitos T CD4 (350 a 500 células/mm³) (WHO, 2019).

Dessa maneira a supressão virológica ou a indetecção do vírus conferida pela TARV tornou-se uma das metas fundamentais no avanço do combate ao avanço da infecção pelo HIV.

1.3 A RETIRADA DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SEUS FATORES ASSOCIADOS

1.3.2 Padrão de retirada

Desde o início da distribuição dos antirretrovirais no Brasil, há uma preocupação com o entendimento do paciente quanto ao início da terapia, onde se enfatizava que somente deveria iniciar o tratamento aquele que tivesse compreendido e aceito a terapia e conhecesse os benefícios da adesão (GALVAO, 2002).

A partir do ano de 2013, com a regulamentação do protocolo de acesso à TARV, o PCDT do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) foi atualizado, visando à sua distribuição irrestrita a toda pessoa vivendo com HIV. Essa mudança inicialmente foi realizada apenas a partir de junho de 2014 para os novos pacientes em tratamento, onde o primeiro direcionamento dos medicamentos foi aos estados que à época demonstravam maior taxa de detecção para o HIV, ocorrendo somente em janeiro de 2015 a oferta gradativa a todo o país (NUNES JUNIOR; CIOSAK, 2018).

Desde então, os esquemas terapêuticos fornecidos às PVHIV conferem a elas a possibilidade da melhora clínica e laboratorial importante, indo ao encontro de perspectivas de uma vida saudável e distante de demais comorbidades. Entretanto, há uma discussão em relação à perspectiva de os pacientes seguirem seus esquemas em face dos fatores que dificultam sua adesão ao tratamento (CARVALHO; MERCHAN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007).

O conceito de adesão ao tratamento é amplamente discutido, principalmente pela sua importância e complexidade. Ao pesquisar sua definição, diversos conceitos são encontrados, a saber, Lyu e Zhang (2019), que define adesão como

uma medida que avalia o comportamento de um indivíduo em tomar seus medicamentos prescritos, seguir um plano de dieta equilibrado, bem como realizar mudanças necessárias no seu estilo de vida.

Conforme o Manual Brasileiro de Adesão (2008), estar aderente é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre ele. Sendo assim, um processo dinâmico, que sofre com a influência de fatores socioculturais, possui relação de dependência da qualidade da relação entre os profissionais de saúde e a PVHIV, e também das possibilidades de enfrentamento que cada uma dessas pessoas possui diante das dificuldades em manter melhor qualidade de vida, tornando sua avaliação fundamental para o adequado planejamento do tratamento (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009).

É importante que a equipe multiprofissional atrelada ao cuidado consiga se aproximar do paciente, conferindo a ele o direcionamento adequado, conduzindo assim de forma dinâmica seu tratamento (POLEJACK; SEIDL, 2010, WHO, 2013).

Existem diferentes medidas que podem conduzir à aferição dos níveis de adesão ao tratamento pela PVHIV; vale ressaltar que, em que pese existam diferentes maneiras, essas medidas também apresentam limitações na análise da adesão. Com a evolução das pesquisas sobre adesão aos antirretrovirais, veio à questão a discussão sobre sua otimização acerca de sua medição tanto para os estudos quanto para o seguimento clínico (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Existem diversos métodos de aferição direta e indireta da adesão, sendo assim, cada um desses métodos tem suas particularidades, vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que são propostos. Dentre os principais existem: autorrelato (entrevista estruturada), contagem de pílulas, verificação dos níveis plasmáticos dos antirretrovirais, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009, POLEJACK; SEIDL, 2010).

Dentre as técnicas de aferição da adesão, a mais comumente utilizada é o autorrelato, por ter baixo custo, não requerer muito tempo de quem o analisa e trazer consigo a escuta acerca das dificuldades apresentadas pela pessoa que participa da análise; contudo, fica vulnerável ao viés de memória do participante e também ao fato de existirem maneiras de se aplicarem as entrevistas de autorrelato que podem

dificultar, em alguns estudos, a comparação dos resultados (POLEJACK; SEIDL, 2010).

A contagem de pílulas também é uma ferramenta de aferição que pode ser concretizada em cada consulta clínica do paciente, ou no seu retorno à farmácia para retirada de nova terapia com o saldo de comprimidos no frasco. Essa metodologia pode ser ineficaz caso a PVHIV não esteja devidamente acolhida ou não tenha se identificado de maneira a relatar suas dificuldades com o tratamento (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Uma ferramenta bastante presente e comum nas pesquisas onde os serviços de saúde têm o controle e gerenciamento dos medicamentos é o registro de dispensação, sendo um dos indicadores usados por essa ferramenta a data da retirada em comparação com uma data esperada. Essa medida tem como premissa os pacientes retirarem seus medicamentos na data certa, e já foi testada em estudos que relacionam a data da retirada das drogas com os resultados dos marcadores biológicos, como a carga viral (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009, POLEJACK; SEIDL, 2010).

Como ferramenta, temos o monitoramento eletrônico dos medicamentos, que consiste em uma adaptação de microprocessador na tampa do frasco que registra o dia e o horário em que foi aberto e a presumida quantidade de comprimidos retirada, o que não garante que o paciente precedeu a ingestão dos medicamentos (POLEJACK; SEIDL, 2010).

A verificação dos níveis plasmáticos dos antirretrovirais consiste na verificação da eficácia da terapia através da realização de exames de sangue que indicam a quantidade presente dos medicamentos no organismo do paciente; porém, e por mais que seja uma medida de resposta objetiva, apenas consegue mensurar os medicamentos tomados pelo paciente nas últimas 24 horas.

Conforme a Organização Mundial da Saúde, o preconizado para análise das metodologias indiretas é o uso por um período de cobertura dos antirretrovirais por 180 dias. Para a OMS, o limite mínimo ideal para a taxa de adesão deve ser de 95%, sendo aceito também o intervalo de 90% a 95% (WHO, 2011).

Em concordância com esses dados, e ao escolher com qual ferramenta para aferição da adesão se pretende trabalhar, é necessário padronizar os níveis de aderência à terapia; conforme o PCDT (BRASIL, 2013), os resultados devem ser de pelo menos 80% de ingestão dos medicamentos, indo ao encontro do preconizado

pela OMS; outros estudos padronizam os níveis em 95% para considerar o paciente totalmente aderente (BEZABHE; CHALMERS; BEREZNICKI et al., 2016, BRASIL, 2018b, MOOSA; GENGLAH; LEWIS, 2019, LEGESSE; RETA, 2019).

1.3.2 Padrão de retirada

No Brasil, somente as unidades dispensadoras de medicamentos, que em sua maioria são unidades sediadas nos serviços de assistência especializada, são os locais autorizados para distribuir os medicamentos; ressaltam-se em todas elas os padrões instituídos pelo Ministério da Saúde (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009).

Ainda conforme o autor, a retirada do medicamento pelo paciente deve ser registrada em sistemas de acompanhamento, que são: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e SICLOM (Sistema de Controle e Logística de Medicamentos). Esses sistemas possibilitam a gestão de acompanhamento de dispensação que, embora não traga a comprovação da tomada da medicação, é importante para o acompanhamento do tratamento, sendo este um registro valioso, pois destaca o início da terapia, as retiradas mensais, sua irregularidade e interrupções, onde é possível afirmar sua retirada adequada da terapia.

Como regra de protocolo, a retirada do medicamento deve ser realizada por 30, 60 ou 90 dias, onde devem constar o número de comprimidos e a dose de cada medicamento retirado pela PVHIV, bem como devem incluir as trocas de esquemas e dosagens prescritas ao paciente (BRASIL, 2018d).

O monitoramento do tratamento do paciente deverá ser realizado em consultas com periodicidade a ser definida de acordo com as condições clínicas e a fase do tratamento da PVHIV, podendo ser inicialmente entre sete e 15 dias, partindo para consultas semestrais ou a critério do médico responsável pelo paciente. Quanto à realização do exame de carga viral, quando se tratar de pessoas em uso de TARV, assintomáticos e com os índices indetectáveis, deve se dar a cada seis meses; aqueles com níveis de linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³ não precisam realizar periodicamente o exame de CD4+ (BRASIL, 2018b).

O acompanhamento da retirada da TARV nas farmácias especializadas possibilita avaliar todos os pacientes que iniciaram o tratamento, seus retornos ao serviço de dispensação, tornando possível aferir a situação da retirada individual ou

não de cada uma dessas pessoas, sua regularidade e inconsistências (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009).

1.3.3 Vulnerabilidade

O início das discussões acerca da epidemia da AIDS fez a sociedade repensar e refletir sobre o conceito de risco que era utilizado para definir quanto um grupo de pessoas ou indivíduos pode ser passível a determinados agravos de saúde, sejam eles juridicamente, socialmente, economicamente, politicamente ou culturalmente, e assim o seu avanço de sua mudança para vulnerabilidade (BERTOLOZZI; NICHATA; TAKAHASHI et al., 2009).

Dessa maneira, os conceitos de risco e vulnerabilidade são abrangentes e com definições distintas. Quanto ao risco, os estudos epidemiológicos, por exemplo, trazem consigo a probabilidade e qual a chance de um grupo populacional adoecer, pautado na ideia de identificar pessoas e características que em determinadas situações o colocam sob um risco maior ou menor de se expor a um determinado evento, que podem comprometê-lo nos aspectos sociais, psicológicos e/ou físicos. Quanto a perspectiva da vulnerabilidade trata da exposição a agravos de saúde que podem levá-lo à morte vem de contextos ou até mesmo de imposições coletivas que o coloca mais susceptível a sua ocorrência, bem como da sua capacidade de enfrentá-lo (NICHATA et al., 2008).

Dessa maneira, antes de analisar os fatores associados a um tratamento efetivo os quais os estudos demonstram, segundo Ayres et al. (1997) há de se levar em consideração o fator de extrema importância e influência que está presente no campo da discussão da AIDS; a vulnerabilidade, que vai além do vírus e da doença, é um conceito de uma visão ampliada e que vai desde a concepção de susceptibilidade à estruturação dos programas de saúde até os caminhos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

Assim, Ayres et al. (1997) trazem à luz o conceito da vulnerabilidade individual, que tem como pressuposto e como definição os aspectos e o modo de vida que cada indivíduo possui e que podem de alguma forma contribuir para que ele se exponha ou não ao vírus, ou que, ao contrário disso, possa protegê-lo. Revela também sobre quanto de informação e a qualidade desta que o indivíduo dispõe sobre os problemas de saúde, refletindo sobre esses pontos, gerando conhecimento

e incorporando-o a seus conceitos pessoais e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção.

Ainda segundo Ayres et al. (1997), vulnerabilidade social traz à tona os aspectos que não estão ligados ao campo individual, mas que estão ligados diretamente ao acesso à informação, ao conteúdo e à qualidade a ela atribuída. Nesse aspecto analisa-se a possibilidade de incorporar essas informações; contudo, para colocar em prática aspectos como esse, nós nos remetemos aos aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Além disso, fatores como aspectos sociopolíticos, relações de gênero, raciais, diferenças geracionais, as crenças religiosas, acesso a moradia, estigma, preconceito, violência, entre outros, esse conceito demonstra que há situações vividas pelo sujeito que independem de sua vontade ou escolha.

Por fim, temos os aspectos da vulnerabilidade programática que trazem consigo as ferramentas e atitudes tomadas pelo poder público, na figura dos serviços responsáveis pelo acolhimento e enfrentamento do HIV que contribuem para que os recursos sociais necessários para que as PVHIV consigam, além de superar os aspectos individuais e sociais, ter acesso a um serviço de saúde de qualidade, políticas públicas que atendam as mais diversas necessidades da população. Assim, ao nortear esses esforços, que essa população consiga o apoio necessário para lidar com todos os aspectos individuais, sociais e tenha um tratamento adequado (AYRES et al., 1997).

Os fatores abarcados pelo conceito da vulnerabilidade podem realmente ser inferidos como influenciadores do cotidiano da PVHIV e que resultam em seu processo de retirada da terapia antirretroviral. Como pontos importantes para essa observação são as questões sociais, econômicas e culturais que permeiam a vida do indivíduo (FREITAS; SOUSA; CRUZ et al., 2018).

Considerando que a conceituação do enfrentamento à epidemia do HIV está atrelada às dimensões individuais, sociais e programáticas, podem-se inferir os aspectos associados a elas (Quadro 1).

Quadro 1 - Dimensões e aspectos relevantes das análises de vulnerabilidade de HIV/AIDS.

Dimensão Individual	Social	Programático
Valores	Normas sociais	Compromisso do governo com as respostas ao HIV / AIDS
Interesses	Referências culturais	Definição de política de HIV / AIDS
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação da política de HIV / AIDS
Desejos	Relações raciais	Participação social nos processos de planejamento e avaliação
Conhecimento	Relações geracionais	Recursos materiais e humanos relacionados à política de HIV / AIDS
Atitudes	Crenças e normas religiosas	Governança política da política de HIV / AIDS
Comportamentos	Estigma e discriminação	Política de controle público de HIV / AIDS
Networking e amizade	Bem-estar social	Sustentabilidade política, institucional e material da política de HIV / AIDS
Relações conjugais	Emprego	
Relações familiares	Renda	Conexões multissetoriais
Redes sociais	Suporte social	Atividades intersetoriais
Saúde mental	Acesso a cuidados de saúde	Organização do setor de saúde
Constituição física	Acesso à educação	Acesso ao serviço de saúde
	Acesso à cultura, lazer e esportes	Qualidade dos serviços de saúde
	Acesso à mídia	Equipes multidisciplinares
	Liberdade de pensamento e expressão	Abordagens interdisciplinares
	Participação política	Prevenção e integração de cuidados
	Direitos de cidadania	Formação técnico-científica da equipe
	Responsabilidade dos setores público e privado	Conscientização e sensibilidade da equipe de direitos humanos
	Acesso ao sistema jurídico	Controle público e participação nos serviços de saúde
	Compromisso do governo com a saúde e o bem-estar social	Prestação de contas dos serviços de saúde
		Planejamento e avaliação de serviços de saúde

Fonte: adaptado de Ayres, Paiva, França Jr. et al. (2006)

1.3.4 Associações à terapia

Iniciar a TARV, por si só, já é um grande desafio, é um momento de alinhamento de aspectos individuais e sociais de enfrentamento à doença. Essa nova fase da vida da PVHIV realçada por fatores sociais, econômicos, culturais, bem como fatores pessoais de aceitação, enfrentamento familiar, dificuldades de adaptação à terapia, uso de álcool e drogas. Essa passa a ser a nova realidade em que a PVHIV se vê inserida e precisa aprender a lidar com a nova dinâmica de desafios (FREITAS; SOUSA; CRUZ et al., 2018).

Por se tratar de uma nova dinâmica na vida da pessoa, torna-se um momento delicado onde se deve entender que avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral não é um processo linear, que, dependendo da condição momentânea da pessoa, ele pode variar e esse quadro, uma vez não aderente, pode mudar, tornando-se, assim, como uma característica e não uma condição de qualidade imutável (CARVALHO; MERCHAN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007).

Sabe-se também que, para o efetivo alcance do sucesso da TARV, se deve evitar fortemente a interrupção da continuidade do tratamento. Uma análise

demonstrou associação ao abandono do tratamento por PVHIV que estavam em seu primeiro esquema, conviver com alguma comorbidade, história de cuidados psiquiátricos e que fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas em até um ano antes do início da terapia em virtude de essas substâncias interferirem na continuidade ao seu tratamento (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001, SOUZA; MOTA; ALVES et al., 2019).

O estimado é que em seis meses em terapia regular a PVHIV consiga alcançar a supressão viral; em virtude disso, foi realizado um estudo que aferiu a adesão dos pacientes dentro desse período e o que levava a uma baixa adesão ao tratamento. A esta foram associados os pacientes com baixa escolaridade, que usavam drogas ilícitas, reações adversas aos medicamentos, ter idade inferior a 34 anos e ter acometido doenças oportunistas em seis meses após o diagnóstico do HIV (SILVA; DOURADO; BRITO et al., 2015).

Em outro estudo realizado com pacientes da região Nordeste do Brasil, encontraram-se outros fatores associados a uma adesão não satisfatória ao tratamento, em sua maioria entre os indivíduos mais jovens, fumantes, sem atividade física regular, em pessoas que não revelam seu estado sorológico e aos que foram desabastecidos por medicamentos durante o tratamento (SOARES et al, 2019).

Em uma análise qualitativa com jovens, solteiros, homossexuais que visava esquadrihar a complexidade que é viver com HIV para essa população e poder constatar que nem sempre ela está preparada para enfrentar a doença, há confrontos relacionados ao início do tratamento, à dificuldade na aceitação de conviver com uma doença crônica que traz consigo fortes indícios de morte e estigmatização, reforçando a necessidade de um aconselhamento próximo da equipe de cuidados para facilitar a passagem por esse período (COSTA; MEIRELLES, 2019).

A apresentação e quantidade de comprimidos tomados diariamente pela PVHIV podem se tornar fatores também determinantes para uma efetiva tomada da terapia. Foi constatado em um estudo realizado no Sul do Brasil, com 200 casais sorodiscordantes, em sua maioria mulheres e outras 100 PVHIV sem parceiros fixos, que os maiores níveis de adesão ao tratamento encontrados nessa população foram nos indivíduos que faziam uso da terapia 3x1 (DE MELO; VARELLA; GORBACH et al., 2019).

Em Brasília, um estudo avaliou a adesão à TARV de PVHIV e encontrou que os fatores que influenciam na adesão são as comorbidades, quantidade de comprimidos por dia, fatores pessoais, nível educacional e renda, fatores esses que podem receber influência do comportamento e convívio social do paciente, bem como sua não identificação com a equipe multiprofissional responsável pelo seu acompanhamento (SOUZA; MOTA; ALVES et al., 2019).

Não apenas fatores pessoais são importantes para que PVHIV tenham condições de se manter aderente ao seu tratamento. Os serviços que acolhem e distribuem a medicação aos pacientes têm papel importante nessa análise, pois é neles que o indivíduo vai passar a ter contato e precisa ter um atendimento rápido e eficaz, além de se sentir confortável para que possa manter o vínculo com o serviço. É importante que esse serviço seja próximo de sua residência ou atividades diárias do cotidiano e um ponto crucial é uma boa identificação com a equipe de saúde que o acompanha (LEON; KOOSSED; PHILIBERT et al., 2019).

Ao estratificar os dados contidos no Relatório do Monitoramento Clínico do HIV, de maneira geral, entre homens (559 mil infectados, aproximadamente) e mulheres (307 mil infectadas, aproximadamente), e estimadas as proporções em relação ao número de PVHIV, nota-se que as mulheres têm melhor resultado, mesmo que singelo, quando comparadas aos homens, com exceção da lacuna da supressão viral, mas em destaque um diagnóstico precoce mais eficaz. Contudo, quando analisadas as lacunas e seus *leakages* (a diferença entre cada uma delas), a partir do diagnóstico as mulheres apresentam maiores perdas de acesso, vinculação, tratamento e supressão (BRASIL, 2018c).

Em uma análise comparativa mais a fundo desses dados, quando a cascata do cuidado contínuo é elaborada e pode-se ilustrar e comparar os dados ano a ano, nota-se um avanço no aumento da supressão viral, que é um dos fatores que demonstram a tomada regular da terapia antirretroviral, que em 2012 era de 38%, alcançando o índice de 58% no ano de 2017; isso demonstra um acréscimo de população em tratamento para o alcance da meta da UNAIDS (BRASIL, 2018c).

Ao se depararem com esses números, os programas e centros de assistência à população vivendo com HIV/AIDS possuem um grande desafio: garantir que haja a devida retirada ao tratamento medicamentoso de seus pacientes. Os profissionais da saúde possuem papel de destaque nessa tarefa no que concerne ao apoio aos pacientes e não sua culpabilização (BELLENZANI; NEMES, 2013).

Para isso, determinadas unidades ambulatoriais agregam em suas atribuições atividades individuais e coletivas para melhoria da adesão ao tratamento, usando as consultas médicas e de enfermagem como o momento para falar de adesão (CARACIOLO; HELENA; BASSO et al., 2009).

Nesse sentido, em uma análise sobre a percepção do atendimento e de serviços de saúde, os principais motivos que levam um paciente a escolher um serviço de saúde vão desde a qualidade do atendimento ofertado, a sua localização, os profissionais de saúde, garantia do anonimato, entre outros. Assim podemos observar que os serviços de saúde possuem papel de importância para a escolha, manutenção e continuidade do tratamento dos indivíduos (CARVALHO; MERCHAN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007).

Dentre os fatores associados à retirada da TARV encontrados nos estudos, podem-se destacar os: sociais, econômicos, culturais, pessoais de aceitação, dificuldades de adaptação à terapia e suas reações adversas, uso de álcool e drogas, baixa escolaridade, ter menos de 34 anos, ter descoberto o diagnóstico de AIDS seis meses após descobrir o HIV, a qualidade do atendimento ofertado no serviço de saúde, a sua localização, a identificação com profissionais de saúde, entre outros. Esses aspectos individuais, sociais e programáticos são descritos nos campos da vulnerabilidade.

2. HIPÓTESE DO ESTUDO

Os fatores individuais relacionados aos indivíduos de maior faixa etária, maior grau de escolaridade, maior tempo de diagnóstico, elevada contagem de células T CD4 e carga viral indetectável influenciam positivamente a retirada regular da terapia antirretroviral.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados à retirada regular de antirretrovirais dos pacientes matriculados no Serviço de Atendimento Especializado em HIV da cidade de Santos nos anos de 2014 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência de retirada regular dos pacientes participantes do estudo;
- Descrever os fatores associados à adesão à terapia antirretroviral;
- Descrever o perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV matriculadas no serviço durante os anos de 2014 a 2018.

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo de tipo transversal, realizado nos anos de 2014 a 2018 por meio da análise de prontuários do Serviço de Assistência Especializada - SAE em HIV/AIDS da cidade de Santos.

As informações que sustentaram este trabalho foram originadas do banco de dados da tese de doutorado do Dr. Antônio Alcino Campos Golegã (GOLEGÃ, 2017), que teve como objetivo avaliar as etapas de cuidado contínuo dos pacientes atendidos no SAE em Santos entre os anos de 2009 e 2013. Houve o complemento dos anos posteriores ao término do banco já elaborado e a inclusão dos dados acerca da terapia antirretroviral.

Os estudos transversais ou seccionais podem ser utilizados para investigar uma série de problemas de saúde pública e estão ligados ao fato de conhecer de que maneira uma ou mais características, sejam elas coletivas ou individuais, se manifestam em uma população. Sendo assim, torna-se um método capaz de descrever uma determinada população, suas características em um período. Conhecer como ocorre a distribuição de um agravo em saúde na população é uma ferramenta importante para que os serviços de saúde possam se organizar e desenhar suas estratégias de prevenção e enfrentamento às doenças (MEDRONHO, 2009).

4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O estudo foi composto por uma variável dependente e 12 variáveis independentes, conforme descrito a seguir.

A variável dependente do estudo foi a retirada da terapia antirretroviral, que foi calculada com base na quantidade de dispensação de medicamentos pelo paciente a fim de avaliar a regularidade das retiradas. Dessa forma, pudemos mensurar a cobertura medicamentosa do paciente em um período de 180 dias e, assim, inferir o nível de adesão ao tratamento baseado na análise da proporção de dias cobertos. O resultado esperado para essa variável segue o disposto no PCDT

(BRASIL, 2013), que confere 80% como o percentual mínimo de cobertura medicamentosa necessária para um tratamento efetivo.

A retirada da terapia regular de PVHIV foi avaliada pelo indicador de tempo e quantidade de medicamentos dispensados pela farmácia do SAE Santos extraídos do banco de dados SICLOM. O intervalo adotado para essa determinação foi dos primeiros 180 dias a contar da primeira retirada do paciente, desde que essa seja efetuada até o mesmo período após sua entrada no serviço, seguindo assim os objetivos desta pesquisa. O indicador metodológico utilizado foi baseado na Proporção de Dias Cobertos (PDC - *Proportion of Days Covered*). As dispensações das drogas apresentavam variações de 30, 60 e 90 dias, padrão que algumas vezes não permitia a exatidão de 180 dias de intervalo. Dessa forma, o intervalo apresentou algumas variações. O limite ideal de adesão adotado foi de 80%, conforme o preconizado no PCDT (BRASIL, 2013).

O cálculo para análise dessa variável foi efetuado a partir da soma em dias entre a data da primeira e da última retirada; essa soma é dividida pelo número da quantidade de comprimidos retirados pelo paciente no mesmo período. Para o encontro da porcentagem o resultado da divisão é dividido por cem, assim retornando com a porcentagem da retirada de cada paciente.

O médico responsável pelo acolhimento de cada paciente deve, em seu acompanhamento, preferencialmente incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI) para composição dos seu esquema terapêutico, podendo sofrer alteração caso o paciente apresente alguma coinfeção, esteja gestante ou com intenção de engravidar; o tempo de retirada deve ser estabelecido pela equipe multiprofissional, levando em consideração as necessidades do paciente (PCDT, 2018b).

Vale ressaltar que a análise proposta neste estudo foi baseada nos seis primeiros meses de tratamento do paciente, que consta do momento que se entende a vinculação do paciente, fase em que este foi acolhido pelo serviço de atenção especializada, passou por consulta e já possui sua prescrição para início da terapia, caso ele tenha prescrição médica para retirar medicamentos a cada 30 dias e tenha, ao final dos 180 dias de tratamento, comprimidos em quantidade suficiente para cobertura integral desse período.

As variáveis independentes que compõem o estudo foram sexo, idade, cor de pele, grau de escolaridade, situação conjugal, categoria de exposição, resultados de exames laboratoriais de células T CD4+, carga viral, esquema terapêutico, quantidade de retiradas, quantidade de comprimidos e ano de descoberta do diagnóstico, que estão dispostas em um banco de dados em Microsoft Excel[®] 2010, foram coletadas individualmente durante a construção da pesquisa e serviram como base para a análise de fatores associados aos pacientes.

Para a análise descritiva da estratificação de idade os dados foram agrupados em pacientes com idade entre 18 e 24 anos, 25 a 60 anos e acima de 60 anos, para que assim fosse possível agrupá-los em jovens, adultos e idosos e analisar se há algum comportamento estatístico entre as populações.

Quanto à cor de pele e etnia dos participantes, a disposição dos dados respeitou o estipulado no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e foi avaliada da seguinte maneira: amarela, branca, parda e preta (IBGE, 2013).

Para possibilitar a análise descritiva da distribuição dos níveis de escolaridade, será dicotomizado em <9 anos e ≥9 anos de escolaridade (SCHUELTER-TREVISOL; PUCCI; JUSTINO et al., 2013).

A situação conjugal dos participantes foi adequada também em acordo com o Boletim Epidemiológico, ficando da seguinte maneira: solteiro, casado/amasiado, viúvo e separado (BRASIL, 2018a).

A categoria de exposição dos participantes foi agrupada seguindo o relatado por eles, classificado da seguinte maneira: bissexual, heterossexual e homossexual.

Os níveis dos linfócitos T CD4+ serão demonstrados de acordo com os resultados apresentados nos prontuários dos pacientes, agrupados em resultados menores e maiores que 350 células, conforme estipulado no PCDT (BRASIL, 2013), que preconiza esse resultado como um número ideal para PVHIV.

Quanto à carga viral, foram considerados os níveis aferidos dentro dos seis primeiros meses de tratamento, em grupos de resultados inferiores e superiores a 50 cópias do vírus em circulação por mL de sangue, conforme já apontado neste estudo, parâmetro preconizado para conferir ao indivíduo a supressão virológica. No Brasil, a falha virológica é caracterizada quando as quantificações da carga viral do HIV forem detectáveis para qualquer valor após seis meses do início do tratamento ou por modificação no regime de TARV. Também é determinada a falha virológica

quando houver detecção da carga viral em pessoas que apresentavam resultados indetectáveis anteriormente (BRASIL, 2018b).

O esquema terapêutico foi agrupado seguindo o padrão de indicação da terapia 3x1 como primeiro esquema, por contar apenas com um comprimido, que confere maior conforto para uma única tomada diária, facilidade de armazenamento e transporte dos comprimidos em comparação com as outras terapias.

Nesse sentido criou-se a variável quantidade de retiradas dos medicamentos, que demonstra a quantidade de vezes em que o paciente precisou se deslocar ao serviço. A exposição do indivíduo no serviço pode ser um fator que dificulta sua regularidade de retiradas, pois, devido ao estigma atrelado à PVHIV, o paciente pode evitar ser reconhecido no serviço, bem como pode esbarrar em condições financeiras de locomoção, dependendo de onde reside.

A quantidade de comprimidos do paciente vai ao encontro da análise da proporção de dias cobertos, que está atrelada diretamente à variável dependente do estudo que nos traz a resposta da quantidade de PVHIV que está em retirada regular da terapia.

O ano da descoberta do paciente foi dividido em grupos que descobriram o diagnóstico antes do ano de 2014 e após o ano de 2014, pois foi naquele momento que o protocolo de distribuição sofreu uma alteração, tornando a TARV disponível a todos, independente de sua condição clínica.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Todos os pacientes que estavam matriculados no SAE Adulto que vivem com HIV no município de Santos - SP no período de 6 de janeiro de 2014 a 28 de dezembro de 2018, resultando em uma população final de 1.072 participantes.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atenção Especializada (SAE) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Santos, no estado de São Paulo, unidade sob a Coordenação do Programa Municipal de DST/AIDS/Hepatites.

O SAE da cidade de Santos foi criado em 1990, tendo como papel o atendimento e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV. O serviço dispõe de

equipe multidisciplinar que disponibiliza ao paciente o acolhimento, orientação e suporte que a PVHIV precisa para ter condições que seu tratamento seja garantido no serviço; além disso, oferta a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) e PrEP (Profilaxia Pré-Exposição Sexual), que são ferramentas de prevenção à infecção pelo HIV. Assim, o SAE atende em média 90% de toda a população que vive com HIV na cidade (PREFEITURA DE SANTOS, 2020).

A cidade de Santos possui uma população estimada em 433.311 habitantes e está situada na região metropolitana da Baixada Santista, que dentre seus nove municípios possui uma população de 1,85 milhão de pessoas (IBGE, 2020). Tendo em sua região o maior porto da América Latina que, dada sua dimensão e extensão, recebe o transporte de cargas e turistas, bem como possui intenso trânsito de tripulação, predominantemente masculina, oriunda das diversas regiões do mundo, com essa peculiaridade, a cidade de Santos tem um ponto crucial para o avanço e disseminação da epidemia do HIV desde a década de 1980 no contexto do comportamento individual de cada pessoa (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS, 2017).

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A população do estudo foi composta por todos os pacientes que foram matriculados no SAE Adulto com diagnóstico confirmado para HIV entre 6 de janeiro de 2014 a 28 de dezembro de 2018, independentemente de condição sorológica e/ou tratamento antirretroviral.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Após a finalização do banco de dados, os pacientes que durante o percurso evoluíram a óbito ou estavam gestantes foram excluídos, bem como aqueles pacientes que relataram ter contraído a infecção pelo HIV por vias não sexuais, visto que, de acordo com os estudos de incidência do HIV, os maiores índices de infecção são predominantes em pacientes infectados por via sexual. Assim, excluíram-se os infectados por uso de drogas injetáveis, transmissão vertical e acidente ocupacional.

4.7 PLANO DE COLETA

Todos os dados individuais de cada paciente constantes do banco de dados deste trabalho foram obtidos diretamente por meio dos prontuários dos pacientes, onde foram analisados todos os documentos para que fosse possível coletar as evoluções da equipe multiprofissional, além de toda informação sobre a retirada da terapia antirretroviral e o resultado dos exames de CD4 e carga viral. Em complemento às informações não encontradas nos prontuários foram utilizados o SICLOM e o SISCEL - Sistema Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8+ e Carga Viral.

4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Após o processo de coleta e análise dos dados constantes do banco de dados, os registros foram inseridos no Microsoft Excel[®] 2010 e analisados pelo pacote estatístico Stata 14.0 (Stata Corp., Texas, USA).

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados constantes do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas pelas frequências absoluta e relativa.

Foi utilizado o modelo de regressão logística para validação e análise dos resultados. Sendo assim, para análise univariada com a intenção de avaliar a associação entre a retirada da terapia e as demais variáveis, foi utilizado o teste de qui-quadrado, quando foram considerados os dados com valor de $p < 0,05$ como resposta significativa estatisticamente.

Após a obtenção dos dados com significância estatística, foram incluídos a esses os demais resultados com valor de $p < 0,20$ para análise múltipla para que assim fosse possível estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pela COFORM – Coordenadoria de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1) da Prefeitura Municipal de Santos e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, para apreciação deste aditamento. Considerando que a Resolução 466/12, no artigo

XIII.3, reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades, todas as pessoas envolvidas no estudo, pesquisadores ou colaboradores, terão compromisso com o sigilo e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

5. RESULTADOS

A população final foi de 1.072 pacientes matriculados no SAE Adulto de Santos entre os anos de 2014 e 2018.

Ao término da elaboração do banco de dados os indivíduos foram categorizados entre os que possuíam retiradas regulares ($\geq 80\%$) e os que não possuíam ($< 80\%$); sendo assim, foi realizada a análise descritiva dos dados, onde se pode observar que 84% das pessoas vivendo com HIV participantes do estudo estavam com retirada regular da terapia, conforme dados da Figura 1.

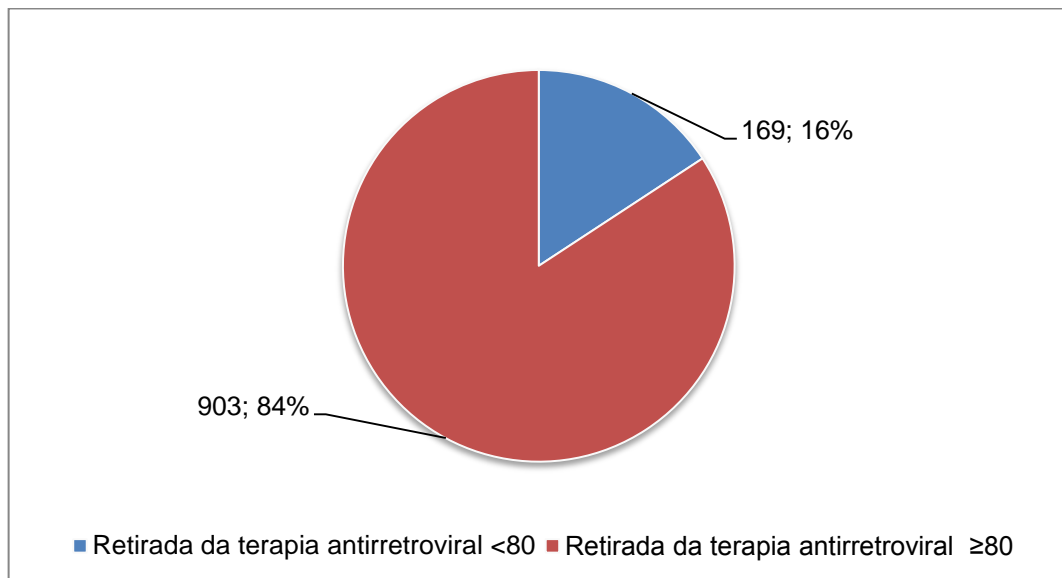


Figura 1 - Análise da variável dependente descritiva em número e porcentagem dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Ao analisar os dados constantes da Tabela 1 em relação às variáveis sociodemográficas, onde podemos reconhecer o perfil da população do estudo, pudemos observar que na variável o sexo masculino apresenta a maior parte da população do estudo em relação ao sexo feminino, com idade entre 25 e 60 anos e a cor da pele predominante parda.

Quanto ao nível de escolaridade, ao menos 1/3 da população possui nove anos ou mais de estudo; quanto ao estado marital a maior parte se declarou solteira; e em referência à categoria de exposição a metade se autorreferiu heterossexual.

Em relação às condições clínicas, a maior parte das pessoas apresentou resultados dos linfócitos T CD4 ≥ 350 células/mm³ e a metade estava com o resultado para exame de carga viral com limite < 50 cópias/mL.

Ao analisar o tempo de diagnóstico, os resultados demonstraram que quase a totalidade dos participantes teve o diagnóstico após o ano de 2014; resultado análogo foi observado no esquema terapêutico e nos que efetuaram pelo menos duas ou mais retiradas (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva da distribuição sociodemográfica dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	n	%
Sexo (1.072)		
Feminino	224	20,90
Masculino	848	79,10
Idade (anos) (1.066)		
18-24	35	3,28
25-60	951	89,21
>60	80	7,50
Cor de pele (979)		
Amarela	13	1,33
Branca	558	57
Parda	298	30,44
Preta	110	11,24
Estado marital (1.025)		
Casado/amasiado	297	28,98
Solteiro	623	60,78
Viúvo/separado	105	10,24
Escolaridade (anos) (1.032)		
<9	343	33,24
≥ 9	689	66,76
Categoria de exposição (1.017)		
Bissexual	105	10,32
Heterossexual	510	50,15
Homossexual	402	39,53
Linfócitos T CD4+ (células/mm ³) (162)		
<350	56	34,57
≥ 350	106	65,43
Carga viral (cópias/mL) (164)		
<50	93	56,71
≥ 50	71	43,29
Esquema terapêutico (1.072)		
3x1	225	20,99
Outros	847	79,01

Continua

Tabela 1 - Análise descritiva da distribuição sociodemográfica dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	n	Conclusão
		%
Quantidade de retiradas (1.072)		
<2	185	17,26
≥2	887	82,74
Quantidade de comprimidos (1.072)		
<180	630	58,77
≥180	442	41,23
Ano da descoberta do diagnóstico (846)		
Antes de 2014	110	13
Após 2014	736	87

Ao final do teste de significância estatística, em que todas as variáveis foram inseridas conforme dados demonstrados na Tabela 2, observou-se apenas diferença entre proporções com a retirada regular na população com tempo de ensino com 9 ou mais anos de estudos ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Distribuição dos dados após análise do teste de qui-quadrado dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	Retirada				Valor p
	<80		≥80		
	n	%	n	%	
Sexo (1.072)					
Feminino	37	21,89	187	20,71	0,728
Masculino	132	78,11	716	79,29	
Idade (anos) (1.066)					
18 – 24	7	4,14	28	3,12	0,779
25 – 60	150	88,76	801	89,30	
>60	12	13,38	89	10,83	
Cor de pele (979)					
Amarela	3	1,91	10	1,22	0,374
Branca	80	50,96	478	58,15	
Parda	53	33,76	245	29,81	
Preta	21	13,38	89	10,83	
Estado marital (1.025)					
Casado/amasiado	57	35,19	240	27,81	0,117
Solteiro	87	53,70	563	62,11	
Viúvo/separado	18	11,11	87	10,08	
Escolaridade (anos) (1.032)					
<9	65	39,88	278	31,99	0,005
≥9	98	60,12	591	68,01	

Continua

Tabela 2 - Distribuição dos dados após análise do teste de qui-quadrado dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	Retirada				Valor p
	<80		≥80		
	n	%	n	%	
Conclusão					
Categoria de exposição (1.017)					
Bissexual	19	11,80	86	10,05	0,561
Heterossexual	84	52,17	426	49,77	
Homossexual	58	36,02	344	40,19	
Linfócitos T CD4+ (células/mm ³) (162)					
<350	11	32,35	45	35,16	0,760
≥350	23	67,65	83	6,84	
Carga viral (cópias/mL) (164)					
<50	15	50	78	58,21	0,412
≥50	15	50	56	64,84	
Esquema terapêutico (1.072)					
3x1	28	16,57	197	21,82	0,124
Outros	141	83,43	706	78,18	
Quantidade de retiradas (1.072)					
<2	24	14,20	161	17,83	0,252
≥2	145	85,8	742	82,17	
Ano da descoberta do diagnóstico (846)					
Antes de 2014	22	15,28	88	12,54	0,373
Após 2014	122	84,72	614	87,46	

Ao realizar a análise bivariada da variável escolaridade, dentre as demais foi a única variável que apresentou resultado com fator de proteção; contudo, conforme descrito no método, foram inseridas na análise as variáveis com ($p < 0,20$), quais sejam, estado marital e esquema terapêutico.

No modelo de análise multivariada, ao verificar as variáveis apresentadas, a escolaridade não mais apresentou fator de proteção com o desfecho do estudo, assim como o esquema terapêutico.

A variável estado marital que foi inserida no modelo apresentou no estado solteiro associação positiva com o desfecho, conforme dados contidos na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise Bivariada e Multivariada dos dados dos pacientes matriculados no SAE Adulto da cidade de Santos entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	Bivariada			Multivariada		
	OR	IC 95%	<i>p</i>	OR	IC 95%	<i>p</i>
Escolaridade (anos)						
<9						
>9	1.51	1.08 - 2.12	0.016	1.43	0.97-2.09	0.06
Estado marital						
Casado/amasiado						
Solteiro	1.43	0.99 - 2.06	0.05			
Viúvo/separado	1.02	0.58 - 1.80	0.92			
Esquema terapêutico						
3x1						
Outros	0.71	0.46 - 1.09	0.126			

6. DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo é o alto número de pacientes que ainda não estão em retirada regular da terapia antirretroviral, pois pode refletir o número de pacientes que não estão em regularidade com a tomada da terapia antirretroviral, que é um dos pontos de avaliação da adesão do paciente ao tratamento.

Espera-se que 90% dos pacientes sabidos de sua condição sorológica e em acompanhamento estejam aderentes ao tratamento antirretroviral. Isso é o estipulado pela Meta 90 90 90 da UNAIDS, que espera que 90% dos pacientes saibam que estão vivendo com HIV, o quantitativo de indivíduos aderentes ao tratamento, para que, em consequência, os mesmos 90% consigam alcançar a supressão viral (UNAIDS, 2015).

Estipularam-se as metas para fazer com que os serviços e as políticas públicas de enfrentamento ao HIV possam ser mobilizados no sentido de que os pacientes consigam ter acesso ao tratamento e assim alcancem a intransmissibilidade do vírus em consequência da supressão virológica conferida pela eficácia dos medicamentos antirretrovirais. Uma vez a ela atrelada, que os pacientes possam gozar de boa saúde física longe de doenças oportunistas.

Porém, são inclusive encontrados estudos que mostram pacientes ainda não alcançando esse nível de aderência, fato visto em uma análise realizada na cidade de Salvador com 216 pacientes, com predominância de homens heterossexuais. Os principais fatores encontrados para o resultado de 25% de pacientes não aderentes explica-se entre outras razões pela reação adversa dos medicamentos e a baixa escolaridade dos participantes, o que pode justificar o baixo índice encontrado nesse estudo, visto que a população demonstrou alto índice de alfabetização (SILVA; DOURADO; BRITO et al., 2015).

Ao realizar um paralelo do estudo de Silva, Dourado e Brito (2015) com os dados encontrados neste estudo, podemos ver um alto índice de pacientes ainda não aderentes, contrariando assim o estipulado pela meta da UNAIDS; a baixa escolaridade foi o fator encontrado no grupo de pacientes não aderentes. O que em contraponto foi encontrado neste estudo foi a alta escolaridade em pacientes aderentes, o que pode servir de instrumento para que os serviços possam melhor direcionar os esforços de enfrentamento.

Segundo Garbin, Gatto e Garbin (2017) em uma revisão de literatura sobre adesão a TARV que contou com estudos divididos na região Sul (1), Nordeste (4) e Sudeste (6), todos com metodologia compatível com a apresentada neste estudo e com predominante população adulta, foi encontrada na presente revisão uma taxa de não adesão que varia de 17% a 74,3%, podendo-se assim inferir que a não adesão encontrada no presente estudo está abaixo da média encontrada na revisão de literatura apresentada.

Porém, o resultado do estudo de Garbin, Gatto e Garbin (2017) reflete uma revisão de estudos nas Regiões Sudeste e Sul, podendo polarizar os resultados e causando um direcionamento das populações participantes, visto não refletir as diferenças socioeconômicas e sociais ainda presentes entre as regiões do Brasil, o que não traria à tona as dificuldades que as populações das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste vivem diariamente (SILVA; PURIDADE; PORTO et al., 2020).

Também foi possível observar um alto índice (62%) de pacientes não aderentes ao tratamento em pacientes participantes de um estudo realizado por Goulart, Meirelles, Costa et al. (2018), realizado em Santa Catarina com pacientes adultos, predominantemente homens e heterossexuais.

Sob essa perspectiva, podemos fazer um paralelo com os dados do Monitoramento Clínico do HIV (2019), o qual mostra que o Brasil possui cobertura antirretroviral de apenas 66% de sua população vivendo com HIV e o resultado deste estudo, o que pode demonstrar que os 16% dos pacientes com retirada irregular da terapia na cidade de Santos são um índice inferior à média nacional, mas que ainda é preocupante e precisa de acompanhamento.

Nesse sentido mais abrangente de comparação que consegue reportar como está o enfrentamento mundial ao HIV, conforme Marsh, Eaton, Mahy et al. (2019) em uma análise de estimativa global realizada com dados consolidados até o ano de 2018 de 120 (cento e vinte) países que reportaram seus dados de acompanhamento da Meta 90 90 90, apenas 78% da população vivendo com HIV tinha acesso ao tratamento antirretroviral, dado ainda preocupante, pois está distante do estipulado na meta.

Os dados consolidados da UNAIDS revisados até o final do ano de 2019 traduzem ainda a dificuldade da cobertura antirretroviral de maneira global, que demonstra que no mundo, hoje, dos 38 milhões de pessoas vivendo com HIV,

apenas 67% delas tiveram acesso ao tratamento antirretroviral, dado ainda inferior ao estipulado de alcance com a Meta 90 90 90 (UNAIDS, 2021).

Porém, ter a ciência de que há inclusive um alto percentual de pessoas vivendo com HIV mesmo sem a terapia antirretroviral é motivo de preocupação, pois demonstra que, ainda que havendo uma mobilização tanto pelos órgãos internacionais de acompanhamento quanto dos profissionais envolvidos no cuidado, se faz necessário um maior envolvimento desses atores para com os indivíduos no tratamento clínico quanto no medicamentoso. Com a consciência da necessidade dessa aproximação entre equipe e paciente pode-se a seguir aferir o discurso recebido ao realizar uma entrevista com as PVHIV e conhecendo de fato sua percepção referente ao tratamento proposto e sua participação no cuidado (BONES; COSTA; CAZELLA, 2018).

Ao analisar o reflexo da cobertura antirretroviral, sua retirada e tomada regular, somos direcionados ao centro do cuidado e objetivo do esquema terapêutico dos pacientes que é alcançar a adesão desses ao tratamento ofertado.

Estudos realizados no Brasil e no mundo já demonstram que estar em processo regular de tomada da terapia antirretroviral é o preditor do sucesso da adesão da PVHIV ao seu tratamento. Sabe-se também que o paciente aderente ao tratamento tem oportunidade de gozar de boas condições de saúde, assim como outra pessoa que não vive com HIV, ficando livre de doenças oportunistas e principalmente alcançando a supressão virológica que reflete a não transmissibilidade do vírus e rompe a cadeia de novas infecções (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009, FREITAS; SOUSA; CRUZ et al., 2018, LEYVA; LOYAZA-ENRIQUEZ; PALMIERI et al., 2019, CHIRAMBO; VALETA; KAMANGA, 2019).

Para que o paciente possa gozar das condições clínicas esperadas, é primordial que o indivíduo esteja aderente ao tratamento. Porém, requer que ele alcance um nível de aderência para que seus efeitos sejam então percebidos. Muito se discute quanto ao percentual ideal de adesão do paciente, mas, segundo a Organização Mundial da Saúde, espera-se que esse nível seja de ao menos 95%; entretanto, no Brasil, segundo o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2013), esse nível pode ser considerado em 80% (WHO, 2011).

Assim como já explicitado, o conhecimento científico gerado a partir da tomada regular dos antirretrovirais e a descoberta da intransmissibilidade do vírus

proporcionado por estudos clínicos, tais como o HPTN 052, PARTNERS e o Opposites Attract, que em seus achados puderam demonstrar a efetividade da TARV em pacientes que tomaram os antirretrovirais de maneira regular, serviram de base para a elaboração dos protocolos da OMS para atualização da indicação da terapia a todos os pacientes que testarem positivo ao HIV (COHEN; CHEN; McCAULEY et al., 2016; RODGER; CAMBIANO; BRUUN et al., 2019; WHO, 2019).

É imperioso ressaltar que a retirada da terapia nos antecede à expectativa do quantitativo da população de fato aderente ao tratamento, que como já ressaltado, é a ponte para que as PVHIV possam ter qualidade de vida e principalmente impedir a replicação viral, levando à supressão virológica (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019).

Por mais que os antirretrovirais possam conferir toda essa proteção, a reação adversa causada pela tomada dos medicamentos é um fator que está associado como um dos principais aspectos de não adesão da terapia, o que também reflete em alguns casos a necessidade de mudança do esquema ofertado e em outros, como consequência, o abandono do tratamento (SILVA; DOURADO; BRITO et al., 2015).

O processo de adesão é dinâmico e estar aderente vai além da tomada da terapia; essa etapa consiste em um processo multifacetado, baseado em fatores socioculturais, possui relação de empatia entre os profissionais de saúde e a PVIHV, relação com o conhecimento quanto à terapia e os benefícios e efeitos adversos por ela conferido, além das condições individuais dos pacientes diante das dificuldades em manter uma melhor qualidade de vida (GOMES; MACHADO; ACURCIO et al., 2009, SOUZA; MOTA; ALVES et al., 2019).

O Brasil é um país com uma política de enfrentamento referência no tratamento para HIV, respeitada como um dos maiores programas públicos e gratuitos que proporciona a todo cidadão o direito ao acompanhamento clínico e medicamentoso de maneira universal e gratuita. Espera-se com essa política que todos os indivíduos que busquem assistência médica tenham garantido seu tratamento e que este seja efetivo e resolutivo; contudo, sabe-se que há fatores, como já apresentado, que interferem na adesão do paciente e o afastam do resultado esperado, que é a adesão em níveis satisfatórios (GARBIN; GATTO; GARBIN, 2017).

Mesmo com a política de distribuição universal dos medicamentos, que fornece gratuitamente os medicamentos a toda população, um estudo de abordagem

qualitativa com pacientes internados em um hospital na região interior do estado de São Paulo, onde todos apresentavam adesão irregular, constatou que, além dos efeitos adversos e falta de apoio familiar, as condições socioeconômicas foram apontadas como principais para a manutenção da adesão. Dessa maneira as condições econômicas devem ser consideradas ao avaliar o contexto de cada indivíduo (FREITAS; SOUSA; CRUZ et al., 2018).

6.1 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Entre as variáveis avaliadas para determinar a associação com a retirada regular no estudo, apenas a escolaridade apresentou associação positiva com os pacientes que estavam com tal regularidade.

A associação encontrada traz à luz a discussão envolvida no contexto socioeconômico, social e aspectos relacionados à vulnerabilidade dos indivíduos, que em filtro pode-se destacar a desigualdade de oportunidades que ainda é uma realidade no nosso país (SILVA; PURIDADE; PORTO et al., 2020).

Conclui-se que a desigualdade social pode formar uma população com um baixo grau de escolaridade e restrição de acesso ao conhecimento e a informação, quando atrelada ao contexto da infecção pelo HIV, pode formar indivíduos que desconhecem noções de autocuidado, de prevenção e também nos pacientes já infectados, como lidar com a doença (SEIDL; FLEURY; MELCHIADES et al., 2007).

Nesse sentido, e demonstrando que um baixo nível de escolaridade é um fator associado aos pacientes com baixos índices de adesão, conclui-se que se torna mais eficaz a adesão aos pacientes com maior grau de instrução. Assim como destaca-se neste estudo, foi apresentado um resultado encontrado no estudo de Silva, Dourado, Brito et al. (2015), realizado no centro estadual especializado em diagnóstico na cidade de Salvador, no estado da Bahia, com pacientes adultos, maioria homens, heterossexuais e com mais de oito anos de estudo.

Outro estudo pode ratificar a escolaridade como um fator de influência positiva na adesão ao tratamento, assim como demonstrado no estudo de Spiegelberg et al.(2017), realizado na Região Sul do Brasil que contou com metade da população masculina, com idade média superior a 40 (quarenta) anos, constatando que em sua população houve maior dificuldade de adesão entre as pessoas de baixa escolaridade. Além da questão escolaridade as questões sociais

ligadas à renda dessas pessoas atreladas à escolaridade pode ser um dos determinantes no sucesso ou na falha do tratamento.

Os estudos de Silva, Dourado, Brito et al. (2015) e Spiegelberg et al. (2017) foram realizados em grandes regiões do Brasil, e ambos com população predominante parecida, demonstrando que pacientes com baixa escolaridade apresentaram maiores dificuldades de adesão. Constata-se que a escolaridade é um fator que pode estar diretamente associado aos níveis de adesão ao tratamento, o que pode ser apurado nos resultados desse estudo, quando confirma o alto grau de escolaridade com os pacientes com a aderência aferida e esperada do estudo.

Um estudo semelhante de Goulart, Meirelles, Costa et al. (2018), com população predominante masculina adulta, com idade média de 43 (quarenta e três) anos, heterossexuais, assim como o perfil encontrado neste estudo, sendo pouco mais da metade sem trabalho remunerado, constatou maior chance de adesão ao tratamento entre pessoas que possuem ensino médio completo em relação às demais, o que traz o inverso dos estudos anteriormente apresentados e reforça a hipótese de que quanto maior o tempo de estudo do indivíduo mais chances ele tem de manter a continuidade do seu tratamento.

Os achados deste estudo vão ao encontro dos resultados apresentados por Goulart, Meirelles, Costa et al. (2018), que demonstram que quanto maior o nível de escolaridade dos indivíduos maior a sua possibilidade de aderir ao tratamento.

O que se pode inferir segundo os estudos apresentados é que os indivíduos com menos chances de frequentar o ambiente escolar possuem menores condições de acesso às informações relativas ao enfrentamento da doença e sobre sua forma de tratamento, o que pode ser também discutido sob o prisma da vulnerabilidade social que trata do acesso ao ensino e informação que possam subsidiar maiores condições à PVHIV quanto a seu tratamento (FREITAS; SOUSA; CRUZ et al., 2018).

Essa não possibilidade de acesso ao ensino pode também ser explicada pelo prisma de uma análise social dos indivíduos (GOMES; CECCATO; KERR et al., 2017). A escolaridade neste estudo foi um fato associado aos pacientes que estavam regulares no tratamento; contudo, para explicar a outra parte da população que não faz parte desse grupo, é necessário avaliar de maneira mais abrangente e profunda o perfil dessa população e analisar se há fatores sociais não avaliados e que podem explicar o grau de instrução deles.

Embora os achados deste estudo não tenham apresentado resultados estatisticamente significativos nas demais variáveis quando comparada a retirada da terapia, é importante compreender o que diz a literatura a respeito desses indicadores, pois em outros estudos esses dados puderam ser associados à adesão dos pacientes, assim como os achados do estudo de Nemes, Castanheira, Belchior et al. (2004) e Goulart, Meirelles, Costa et al. (2018), que puderam encontrar a idade, sexo e estado marital como fatores que podem estar associados à adesão e podem interferir no comportamento dos indivíduos, resultando no sucesso do seu tratamento.

Nesse sentido, em relação ao sexo dos pacientes, no presente estudo a população masculina é encontrada em número superior ao sexo feminino, assim como pôde ser visto no estudo de Madruga, Silva, Alves et al. (2018) bem como nos dados consolidados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2018a).

A cor de pele é um fator que pode estar associado à adesão dos pacientes que vivem com HIV, assim como os dados encontrados no estudo de Millett, Peterson, Flores et al. (2012), que pode reforçar as questões raciais envolvidas nesse aspecto, principalmente ao comparar os homens pretos com os brancos em probabilidade de adesão (MILLETT; PETERSON; FLORES, 2012, BEER; MATTSON; BRADLEY et al., 2016).

Mesmo não encontrando associação com as variáveis sexo e categoria de exposição, vale ressaltar que em outros estudos, como o de Goulart, Meirelles, Costa et al. (2018), o Boletim do Estado de São Paulo (2018) e Jacques, Santana, Moraes et al. (2014), suas análises demonstraram que em sua maior parte a população vivendo com HIV são homens, o que corrobora com o encontrado na análise descritiva deste estudo. E há estudos que demonstram um número maior de pacientes com a categoria de exposição homossexual, ainda uma das populações que fazem parte do perfil de casos de HIV no Brasil, com achados que apresentaram tendência de maior número de casos entre a população heterossexual, o que demonstra um comportamento de heterossexualização da população.

Os fatores clínicos laboratoriais são essenciais para o acompanhamento da população, podendo ser realizados pela análise dos exames de linfócitos T CD4+ e exame de carga viral, pois possuem tendência a inferir o resultado esperado de uma adesão satisfatória ao tratamento. Segundo dados do Monitoramento Clínico do HIV de 2018 (BRASIL, 2018c) as pessoas vivendo com HIV apresentam uma média de

389 células de CD4/mm³ ao início do tratamento, o que está acima da média estipulada. Outro fator importante é a análise da carga viral; segundo o mesmo relatório o Brasil já possui 58% da população em CV suprimida, o que nos coloca na direção do alcance da Meta 90 90 90.

Outro fator importante para se avaliar está relacionado diretamente aos medicamentos tomados pelos pacientes; segundo Colombrini, Dela Coleta e Lopes (2008) encontrou, baixa associação positiva à adesão dos pacientes aumenta o risco a cada comprimido ingerido por eles, pois, além dos comprimidos ingeridos, a complexidade da terapia utilizada pelo paciente pode influenciar em sua continuidade e manutenção do tratamento. No entanto, em um estudo realizado em cidade no estado de Minas Gerais por Cardoso et al. (2019), ao avaliar diversos esquemas antirretrovirais em 393 indivíduos, foi associado com a adesão ao tratamento o uso de mais comprimidos ao longo do dia.

Dessa maneira, este estudo possui limitações por se tratar da análise de prontuários. Há de se considerar a individualidade no que se refere à exposição que os dados podem sofrer por influência de preenchimento por conta da equipe atrelada ao cuidado do paciente, o que influencia diretamente na avaliação dos dados. O que poderia ser avaliado com mais detalhes se realizasse um estudo qualitativo para que se pudessem analisar em profundidade as questões pessoais sentidas pelos pacientes.

Levando em consideração as variáveis utilizadas no estudo, não foi possível coletar informações mais detalhadas para uma análise minuciosa, como local de moradia, condições econômicas e identidade de gênero, satisfação com o serviço, relacionamento médico x paciente, acolhimento no serviço, revelação do diagnóstico, dados esses que poderiam apontar associações não possíveis de se encontrar em análise de prontuários, uma vez que o sujeito volta-se à própria experiência perante o tratamento para responder o questionário. Essas informações em sua maioria são coletadas em estudos qualitativos onde são aplicados questionários e são realizadas entrevistas que trazem a oportunidade de o sujeito expressar o que sente a respeito do tema.

Ao considerar esses prováveis outros fatores associados que não foi possível abarcar nesta análise, a população atendida pelo SAE em Santos pode apresentar peculiaridades relacionadas à retirada da terapia e adesão ao tratamento que podem

ser explicadas apenas quando se avaliam as condições socioeconômicas, sociais ou programáticas.

Contudo, é importante ressaltar que os dados deste estudo puderam contemplar a população matriculada no SAE de maneira abrangente e que, dentro da sua especificidade e abrangência, podem representar o grau de adesão da população vivendo com HIV.

Em um cenário atual das informações aqui encontradas, a população usuária dos serviços do SAE Adulto de Santos possui alto índice de retirada da terapia antirretroviral e alto nível educacional, devendo o serviço, bem como as políticas de saúde pública procurar abarcar a população que não possui acesso à educação, podendo desenvolver estratégia de alcance desse público, identificando suas reais carências para que seja também alcançado e consiga usufruir dos benefícios conferidos pela terapia antirretroviral.

7. CONCLUSÃO

Assim, como podemos observar nos resultados pode-se concluir que os fatores observados nessa análise estão associados à adesão regular dos pacientes em tratamento antirretroviral, visto que, a escolaridade apresentou associação com os pacientes aderentes ao tratamento.

É necessário observar que todos os pacientes vivendo com HIV devem ser acompanhados nos serviços de assistência à saúde para que consigam ter o devido acesso ao tratamento e terapia, e que no seu acolhimento sejam observadas as suas necessidades e propostas soluções que possam atendê-los de maneira integral.

O resultado desse acompanhamento reflete positivamente no nível de adesão do paciente, o que para essa população é primordial, pois apenas quando devidamente aderente ao tratamento ela poderá desfrutar da supressão virológica e a não transmissibilidade do vírus para seus parceiros.

A grande batalha de enfrentamento do HIV ainda precisa vencer barreiras importantes para ser vencida, mesmo com mecanismos eficazes para romper a cadeia de transmissão do vírus. Apesar da Meta 90 90 90 da UNAIDS, ainda há muito o que fazer para sairmos vencedores.

O sucesso do resultado de um tratamento efetivo com os medicamentos antirretrovirais confere à pessoa vivendo com HIV chances efetivas de controle da replicação do vírus, a supressão viral e em consequência uma condição de intransmissibilidade, que é hoje um dos principais objetivos para o controle da disseminação do HIV.

A análise da retirada da terapia antirretroviral é fundamental para se rastrear o efetivo cumprimento do tratamento proposto ao paciente. Conhecer o nível de retirada da terapia traz dados importantes para que o serviço de saúde possa conhecer e compreender se a sua população está conseguindo realizar periodicamente suas retiradas e, ao resultado negativo, possa reorganizar suas rotinas e protocolos de acolhimento, acompanhamento e reversão do quadro, com a intenção de que todos tenham a chance de acesso aos medicamentos.

Estar regular em seu processo de retirada é essencial para o sucesso terapêutico, ao demonstrar um paciente aderente. A adesão é um dos principais fatores de sucesso ao alcance de um tratamento regular e efetivo.

Conhecer as características das pessoas que vivem com HIV, alinhadas com as necessidades dessas populações, contribui com os mecanismos que levam a uma adesão satisfatória ao tratamento antirretroviral.

Sendo o serviço de assistência especializada o principal fornecedor de terapia antirretroviral na cidade de Santos, é importante que haja um alinhamento entre a rede pública de saúde e a rede privada, para que cada vez mais as pessoas consigam ser acolhidas nos serviços.

Podemos demonstrar neste estudo que ainda há necessidade de se promoverem ações de enfrentamento e busca dessa população para que todos consigam alcançar o seu sucesso terapêutico alinhado às suas necessidades individuais.

Manter e sempre que necessário realinhar as estratégias para o enfrentamento da epidemia são fatores desenvolvidos pelos atores das políticas públicas, essenciais para que se conheçam as fragilidades e lacunas ainda existentes para o alcance da atual meta de enfrentamento do HIV.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M., PAIVA, V., FRANÇA JR., I. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health.**, v. 96, n. 6, p. 1001-6, 2006. doi: 10.2105/AJPH.2004.060905

AYRES, J. R. de C. M.; C, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANCA J., I.. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de saúde coletiva[S.l: s.n.], 2009.

BEER, L., MATTSON, C.L., BRADLEY, H. et al. Medical Monitoring Project. Understanding Cross-Sectional Racial, Ethnic, and Gender Disparities in Antiretroviral Use and Viral Suppression Among HIV Patients in the United States. **Medicine (Baltimore)**, 2016, v. 95, n. 13, e3171, 2016. doi: 10.1097/MD.00000000000003171

BELLENZANI, R., NEMES, M.I.B. Evaluation of a psychosocial intervention in caring for adherence to treatment for HIV/AIDS: a case study. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 765-89, 2013. doi: 10.9788/TP2013.3-EE06PT

BERTOLOZZI, M.R., NICHATA, L.Y.I., TAKAHASHI, R.F. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Escola Enferm USP**, v. 43, n. SPE2, p. 1326- 30, 2009. doi: 10.1590/S0080-62342009000600031

BEZABHE, W.M., CHALMERS, L., BEREZNICKI, L.R. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis. **Medicine (Baltimore)**, v. 95, n. 15, e3361, 2016. doi:10.1097/MD. 00000000000003361

BONES, A.A.N.S., COSTA, M.R., CAZELLA, S.C. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 1, p. 1457-69, 2018. doi: 10.1590/1807-57622017.0066

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica** [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar, 2 ed. São Paulo, Santos: 2010.

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 HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018> Acesso em 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Atualizado em julho de 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> Acesso em 18 mar. 2021.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos> Acesso em 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv>. Acesso em 18 mar. 2021.

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. **Prevenção Combinada do HIV - Sumário Executivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo> Acesso em 18 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm Acesso em 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Manual de Dispensação SICLOM Operacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/dispensa%C3%A7%C3%A3o%202018.pdf Acesso em 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 5/2019 - DIAHV/SVS/MS. **Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 (seis) meses.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsvsms> Acesso em 18 mar. 2021.

BRITO, A.M., CASTILHO, E.A., SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 34, n. 2, p. 207-17, 2001. doi: 10.1590/S0037-86822001000200010

CARACIOLO, J.M.M., HELENA, E.T.S., BASSO, C.R. et al. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 79-83, 2009. doi: 10.1590/S0104-12902009000600013

CARDOSO, T.S., COSTA, J.O., REIS, E.A. et al. Which antiretroviral regimen is associated with higher adherence in Brazil? A comparison of single, multi, and dolutegravir-based regimens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 1-16, 2019. doi: 10.1590/0102-311x00115518

CARVALHO, C.V., MERCHAN-HAMANN, E., MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 40, n. 5, p. 555-565, Outubro 2007. doi: 10.1590/S0037-86822007000500013

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION CDC. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men. **MMWR**, v. 30, n. 25, p. 305-8, 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6789108> Acesso em 18 mar. 2021.

CHIRAMBO, L., VALETA, M., KAMANGA, T.M.B. et al. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment among adults accessing care from private health facilities in Malawi. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1382, 2019. doi: 10.1186/s12889-019-7768-z

COHEN, M.S., CHEN, Y.Q., McCAULEY, M. et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. **New England Journal of Medicine**, v. 375, p. 830-9, 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1600693

COLOMBRINI, M.R.C., DELA COLETA, M.F., LOPES, M.H.B.M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 490-5, 2008. doi: 10.1590/S0080-62342008000300011

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S. Adherence to Treatment of Young Adults Living with HIV/Aids from the Perspective of Complex Thinking. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170016, 2019. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0016

COUTINHO, M.F.C., O'DWYER, G., FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/AIDS atendidos na atenção primária. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-61, 2018. doi: 10.1590/0103-1104201811612

DE MELO, M.G., VARELLA, I., GORBACH P.M. et al. Antiretroviral adherence and virologic suppression in partnered and unpartnered HIV-positive individuals in southern Brazil. **PLoS One**, v. 14, n. 2, e0212744, 2019. doi: 10.1371/journal.pone.0212744

FREITAS, J.P., SOUSA, L.R.M., CRUZ, M.C.M.A. et al. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 327-33, 2018. doi: 10.1590/1982-0194201800046

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito? **Cad. Saúde Pública**, vol. 18, n. 1, p. 213-9. doi: 10.1590/S0102-311X2002000100022

GARBIN, C.A.S., GATTO, R.C.J., GARBIN, A.J.I. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 2, 2017. doi: 10.21270/archi.v6i2.1787

GOLEGÃ, A.A.C. Avaliação das etapas do cuidado contínuo de paciente com HIV/Aids, Atendido em serviço de atendimento especializado em Aids (SAE), no município de Santos-SP. 2009 a 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.unisantos.br:8080/pergamumweb/vinculos/000036/000036d8.pdf>
Acesso em 18 mar. 2021.

GOMES, R.R.F.M., CECCATO, M.G.B., KERR, L.R.F.S. et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 10, e00125515, 2017. doi: 10.1590/0102-311x00125515

GOMES, R.R.F.M., MACHADO, C.J., ACURCIO, F.A. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300004

GOPALAPPA, C., FARNHAM, P.G., CHEN, Y.H. et al. Progression and Transmission of HIV/AIDS (PATH 2.0): A New, Agent-Based Model to Estimate HIV Transmissions in the United States. **SMDM**. v. 37, n. 2, p. 224-33, 2016. doi: 10.1177/0272989X16668509

GOULART, S., MEIRELLES, B.H.S., COSTA, V.T. et al. Adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência. **REME**, v. 22, e-1127, 2018. doi: 10.5935/1415-2762.20180050

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. de. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2355-67, 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2010001200014

GRECO, D.B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estud. av.**, v. 22, n. 64, p. 73-94, 2008. doi: 10.1590/S0103-40142008000300006

HOFFMAN, C.; ROCKSTROH, J.K.; KAMPS, B.S. **HIV medicine**. 15 ed. Flying Publisher, 2007. p. 23-29.

HOLLINGSWORTH, T.D., PILCHER, C.D., HECHT, F.M. et al. High Transmissibility During Early HIV Infection Among Men Who Have Sex With Men - San Francisco, California. **J Infect Dis.**, v. 211, n. 11, p. 1757-60, 2015. doi: 10.1093/infdis/jiu831

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos & Análises. Informação demográfica e socioeconômica 2. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. PETRUCCELLI, J.L., SABOIA, A.N. (Orgs.) IBGE: Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf> Acesso em 18 mar. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama Regional da Cidade de Santos**. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

JACQUES, I.J.A.A., SANTANA, J.M., MORAES, D.C.A. et al. Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral entre Pacientes em Atendimento Ambulatorial. **Rev bras cienc saúde**, v. 18, n. 4, p. 303-8, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/18326> Acesso em 18 mar. 2021.

LAGO, R.F., COSTA, N.R. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3529-3540, 2010. doi: 10.1590/S1413-81232010000900028

LEGESSE, T.A.; RETA, M.A. Adherence to Antiretroviral Therapy and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS in Hara Town and Its Surroundings, North-Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. **Ethiop J Health**, v. 29, n. 2, p. 299, 2019.

LEON, C., KOOSSED, T., PHILIBERT, B. et al. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 344, 2019. doi: 10.1186/s12913-019-4062-9

LEYVA-MORAL, J.M., LOYAZA-ENRIQUEZ, B.K., PALMIERI, P.A. et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. **AIDS Res Ther.**, v. 16, n. 1, p. 22. doi: 10.1186/s12981-019-0238-y

LYU, C., ZHANG, L. (2019). Concept analysis of adherence. **Frontiers Nurs.**, 6(2), 81- 86, 2019. doi: 10.2478/FON-2019-0013

MADRUGA, L.G.S.L., SILVA, G.V.V., ALVES, V.A.R. et al. Aspectos relacionados à utilização de antirretrovirais em pacientes de alta complexidade no estado do Rio de

Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3649-62, 2018. doi: 10.1590/1413-812320182311.24742016

MARSH, K., EATON, J.W., MAHY, M. et al. Global, regional and country-level 90-90-90 estimates for 2018: assessing progress towards the 2020 target. **AIDS**, v. 33, Suppl 3, p. S213-26, 2019. doi: 10.1097/QAD.0000000000002355

MCCMAHON, J.H., JORDAN, M.R., KELLEY, K. et al. Pharmacy adherence measures to assess adherence to antiretroviral therapy: review of the literature and implications for treatment monitoring. **Clin Infect Dis.**, v. 52, n. 4, p. 493-506, 2011.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MILLET, G.A., PETERSON, J.L., FLORES, S.A. et al. Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. **Lancet**, v. 380, n. 9839, p. 341-8, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60899-X

MOOSA, A., GENGLAH, T.N., LEWIS, L. et al. Long-term adherence to antiretroviral therapy in a South African adult patient cohort: a retrospective study. **BMC Infect Dis.**, v. 19, n. 775, 2019. doi: 10.1186/s12879-019-4410-8

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NEMES, M.I.B., CASTANHEIRA, E.R.L., MELCHIOR, R. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, 2004. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800024

NUNES JÚNIOR, S.S.; CIOSAK, S.I. Terapia antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 4, p. 1103-1111, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-970730> Acesso em 18 mar. 2021.

PINTO, A.C.S., PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C. et al. Compreensão da pandemia de AIDS nos últimos 25 anos. DST: **J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf> Acesso em 18 mar. 2021.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1201-8, 2010. doi: 10.1590/S1413-81232010000700029

PRADO, R.R. do; CASTILHO, E.A. de. A epidemia de aids no Estado de São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 42, n. 5, p. 537-42, 2009. doi: 10.1590/S0037-86822009000500011

RODGER, A.J., CAMBIANO, V., BRUUN, T. et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antirretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. **Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2428-38, 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0

RODRIGUES JÚNIOR, A.L., CASTILHO, E.A. de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 37, n. 4, p. 312-7, 2004. doi: 10.1590/S0037-86822004000400005

SANTOS. **Prefeitura Municipal de Santos**. <http://www.santos.sp.gov.br>. Acesso em 18 ago. 2020.

SANTOS, N.J.S., TAYRA, A., SILVA, S.R. et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev bras epidemiol.**, v. 5, n. 3, p. 286-310, 2002. doi: 10.1590/S1415-790X2002000300007

SÃO PAULO. Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS. **Manual de Assistência, CRT - DST/AIDS**. CCD, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde/CRT-PE-DST/AIDS/CVE. **Boletim Epidemiológico**, ano XXXV, n. 1, 2018.

SCHUELTER-TREVISOL, F., PUCCI, P., JUSTINO, A.Z. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013. doi: 10.5123/S1679-49742013000100009

SILVA, J.A.G., DOURADO, I., BRITO, A.M. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-98, 2015. doi: 10.1590/0102-311X00106914

SILVA, R.A.R., DUARTE, F.H.S., NELSON, A.R.C. et al. A epidemia d aids no Brasil: análise do perfil atual. **Rev Enferm UFPE**, v. 7, n. 10, 2013. doi: 10.5205/1981-8963-v7i10a12233p6039-6046-2013

SILVA, C.A.L., PURIDADE, F.C.O., PORTO, L.S.S. et al. Perfil dos usuários e características dos óbitos em um Serviço de Referência em HIV-AIDS em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 12, p. e3959129883, 2020. doi: 10.33448/rsd-v9i12.9883

SEIDL, E.M.F., FLEURY, E.M., MELCHIADES, A. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. **Cad. de Saúde Pública**, v. 23, 2305-16, 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000006

SOARES, R.C.A. et al. Adesão à terapia antirretroviral entre pessoas vivendo com HIV / AIDS no nordeste do Brasil: um estudo transversal. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 137, n. 6, p. 479-485, Dezembro 2019.

SOUZA, H.C, MOTA, M.R., ALVES, A.M. et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with hiv/aids. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 5, 1295-303, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0115

SPIEGELBERG, Z., PAULA, C.C., BRUM, C.N. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática. **Rev. Pesqui. UFERJ**, v. 7, n. 4, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029900> Acesso em 18 mar. 2021.

UNAIDS - THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Adesão de cidades à Declaração de Paris já beneficia 35 milhões de brasileiras e brasileiros.** Disponível em: <https://unaid.org.br/2016/03/adesao-de-cidades-a-declaracao-de-paris-ja-beneficia-35-mi-de-brasileiras-e-brasileiros-hiv-aids//> Acesso em 01 jul. 2020.

UNAIDS - THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Ending Aids: Progress towards the 90-90-90 targets.** Global Aids update 2017. Disponível em: unaid.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf. Acesso em 01 jul. 2020.

VERAS, R.P. et al. (Orgs.). **Epidemiologia: contextos e pluralidade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p. Epidemiológica series, n. 4.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection.** Genebra: WHO, 2013. <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/> Acesso em 18 mar. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection.** Genebra: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/> Acesso em 18 mar. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resistance Report**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2019/en/> Acesso em 18 mar. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **When and how to Use Assays for Recent Infection to Estimate HIV Incidence at a Population Level**. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: https://www.who.int/hiv/pub/surveillance/sti_surveillance/en/ Acesso em 18 mar. 2021.

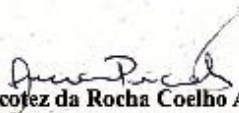
ANEXO**Anexo 1 - Termo de Compromisso de Coleta de Dados de prontuários**

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

Santos, 1 de agosto de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a Prof. Dra. Eliana Miura Zucchi, responsável pelo aluno Alcino Antônio Campos Golegã realize a pesquisa "Análise dos determinantes das etapas do cuidado contínuo do paciente HIV/Aids, atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em Aids, SAE no município de Santos – SP" após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Luciane Picofez da Rocha Coelho Ariza
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos
COFORM-SMS

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 Centro Santos SP
CEP 11013-113 Tel. 3213 5127 coform.sms@santos.sp.gov.br