

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

JULIETE BISPO DOS SANTOS MANDU

**ABANDONO DE TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIV E RETORNO APÓS
BUSCA ATIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

CAMPO GRANDE, MS

2022

JULIETE BISPO DOS SANTOS MANDU

**ABANDONO DE TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIV E RETORNO APÓS
BUSCA ATIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Assistência aos indivíduos/família com condições crônicas nos diferentes ciclos de vida

Grupo de Pesquisa: Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria, Saúde Mental e Condições Crônicas (NEPPSCC)

Orientador: Profa. Dra. Elen Ferraz Teston

CAMPO GRANDE, MS

2022

JULIETE BISPO DOS SANTOS MANDU

ABANDONO DE TRATAMENTO DE PESSOAS COM HIV E RETORNO APÓS BUSCA
ATIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 2022

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Elen Ferraz Teston (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Sonia Silva Marcon (Membro titular)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof. Dr. Guilherme Oliveira de Arruda (Membro titular)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda (Membro suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Dra. Adriana Carla Garcia Negri (Membro suplente)
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, **Julio Duarte dos Santos e Ivete Alves Bispo dos Santos**, pois graças ao esforço e dedicação deles, hoje concluo meu mestrado. Eles que sempre acreditaram em mim, no meu potencial, e com amor e carinho estiveram ao meu lado. A esse lindo e exemplar casal, meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Não lutei sozinha. Para a execução desta dissertação existiram pessoas, que se sacrificaram junto comigo. Estou exausta, mas orgulhosa e feliz por concluir esta missão.

Portanto, deixo aqui eternizada minha gratidão a todos que colaboraram para a conclusão deste lindo trabalho.

Agradeço à **Deus**, que com sua infinita graça e misericórdia me sustentou nos dias mais nublados, dando sabedoria em momentos que não havia inspiração.

Aos meus pais, **Julio e Ivete**, por cada oração, por cada olhar de alegria quando me veem: não há maneira de me sentir mais amada. Obrigada pelo companheirismo e dedicação de toda uma vida. Por todas as vezes que me acolheram, pelos abraços e sorrisos, por cada lágrima de saudade, por me ensinarem o que tem valor e, acima de tudo, o que é *cuidar*. Ao meu irmão, **Geovane**, pelas palavras de bênçãos e orações. Vocês me ensinaram o significado de *Família*, e que, independentemente das circunstâncias, estaremos sempre juntos.

Ao meu esposo, **Raul**, por ter sido minha calma nos dias de tempestade, por acreditar no meu potencial, por me levar em seus braços nos momentos mais sombrios e não me deixar desistir, por sempre estar ao meu lado para que eu realize os meus sonhos.

À minha **Família** (tios, primos, avó) por acreditarem em mim e se alegrarem com minhas vitórias.

Às minhas amigas de infância, **Ana e Joana**, que mesmo distante em quilômetros sempre se fizeram presentes, me dando apoio.

Às amigas de mestrado, **Fabiana e Renata**, com quem compartilhei ideias e incertezas e que sempre foram uma escuta atenta e paciente. Este percurso ficou mais leve com vocês no barco junto comigo. Agradeço a todas as minhas colegas de mestrado, **Jackelina, Carmem, Layla, Gleiciane, Mayane, Aline, Karine, Katiusci, Prisciely e Vanessa**, pela amizade e companheirismo nesta jornada.

À minha orientadora Dra. **Elen Ferraz Teston**, minha mãe científica, pela sua força, incentivo, disponibilidade, dedicação e pelas brilhantes e valiosas contribuições, que cooperaram para o meu aprendizado profissional e pessoal. E que nos últimos meses se desdobrou para atender as minhas solicitações com a dissertação e para cuidar do mais novo tesouro de sua vida, Pedro, meu irmão científico. Obrigada por todo carinho e disposição em sempre me ajudar.

Aos **participantes do estudo**, pelo esforço em contribuir com este trabalho, compartilhando comigo suas histórias, sentimentos e pela lição de vida de cada um. Que vocês continuem novos caminhos e mostrem que a vida é mais que uma sigla.

Aos meus amigos, **Adriana, Lívia, Vânia, Josival, Ivair, Luís, Vilella, Larissa, Adriana, Fernanda, Andrezza, Felipe**, por me acolherem e colaborarem de maneira grandiosa para a concretização deste sonho.

Aos meus amigos, **Pedro, Úrsulla, Kalinca, Evelayne, Lindaura, Tereza, Mariane, Camila**, a amizade de vocês é um presente da vida. Obrigada pela presença sempre atenciosa e interessada, pelas confidências trocadas, e pelo incentivo na conclusão desse trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e todos Professores** por terem me introduzido às reflexões sobre a pesquisa e por todo precioso conhecimento compartilhado.

Aos professores que estiveram na minha banca do Exame de Qualificação e Defesa: **Dr. Guilherme Oliveira de Arruda, Dra. Gilmaria Holanda da Cunha, Dra. Sônia Silva Marcon, Dra. Bianca Cristina Giaccon Arruda e Dra. Adriana Carla Garcia Negri**, obrigada pelas contribuições, que com certeza enriqueceram este trabalho.

Ao **grupo de pesquisa Núcleo de Estudo e Pesquisa em Psiquiatria, Saúde mental e Condições Crônicas (NEPPSCC)**, pelo conhecimento compartilhado nessa caminhada.

Agradeço a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)** e a **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)**, pela oportunidade de poder realizar este estudo.

Agradeço, a todos aqueles que, porventura, não constaram nestas linhas, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se realizasse.

“Não to mandei eu? Esforça-te e tem bom ânimo; não pases, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo, por onde quer que andares.”

(Josué 1:9)

MANDU, Juliete Bispo dos Santos. **Abandono de tratamento de pessoas com HIV e retorno após busca ativa: contribuições para enfermagem**. 2022. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2022.

RESUMO

Com o avanço do tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o aumento da expectativa de vida, o HIV passou a ser considerado uma condição crônica, o que reitera a necessidade do cuidado integral às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Contudo, um dos desafios a serem enfrentados é a adesão a medicação, uma vez que pode ocorrer o abandono de tratamento, o que aumenta a chance de complicações, evolução para aids e impacta negativamente na qualidade de vida. Frente a isso, é preciso reconhecer os motivos que ocasionam o abandono de tratamento e estabelecer métodos de intervenção para vincular novamente estas pessoas ao serviço de saúde. O presente estudo tem como objetivo descrever a perspectiva de pessoas que abandonaram o tratamento de HIV e retornaram ao serviço após busca ativa. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado com PVHIV que estavam em abandono de tratamento. O estudo foi realizado na capital do Estado de Mato Grosso do Sul, em um serviço especializado em atendimento de PVHIV. Os dados foram coletados de abril a agosto de 2021, mediante entrevistas semiestruturadas, audiogravadas e posteriormente submetidas à análise de conteúdo de Bardin. Os 24 participantes tinham idade entre 23 e 63 anos (média de 37,9 anos), sendo 13 pardos, seis negros, quatro brancos e um amarelo. Em relação ao estado civil 13 eram solteiros, oito tinham companheiros, dois viúvos e um divorciado. O tempo de diagnóstico variou entre dois e 23 anos (média de 8,5 anos), no período de abandono o tempo médio foi 333 dias (mínimo de 114 e máximo de 1249 dias), seis PVHIV relataram perda de peso, dor de garganta, dor em membros inferiores, ganho de peso, fraqueza e cansaço. As PVHIV relataram que no início do tratamento ocorreram mudanças em relação ao cuidado com a saúde, porém estas não permaneceram ao longo do tempo. Ademais, apontaram fatores que influenciam positivamente o enfrentamento da doença como, por exemplo, o acolhimento na igreja e no serviço de saúde, a gestação e poder ajudar outras PVHIV. Foram motivos para o abandono de tratamento, a ausência de sinais e sintomas, falta de rede de apoio, quebra de vínculo com os profissionais de saúde, dificuldade de deslocamento até o serviço especializado, efeitos colaterais da medicação e a pandemia de COVID-19. Dentre as motivações que cooperaram para o retorno ao tratamento destacaram-se o desejo de viver e sentir-se bem, cuidar da família e o fato de ter superado a fase inicial, que foi considerada a fase pior do tratamento. A busca ativa, por contato telefônico, foi uma estratégia utilizada para resgatar estes pacientes e foi percebida de maneira positiva para o retorno ao tratamento. Conclui-se que, as falhas encontradas na rede de atenção à saúde podem influenciar na continuidade do tratamento e que são passíveis de intervenção para resgatar o paciente faltoso, além de melhorar a adesão ao tratamento. Torna-se necessário conhecer o indivíduo e o contexto no qual está inserido através de um atendimento singular para que seja possível identificar de forma precoce os fatores e comportamentos de risco que podem favorecer o abandono de tratamento. A partir disso, são gerados subsídios para o desenvolvimento de estratégias de busca e elaboração de intervenções para resgatar a PVHIV e vinculá-la novamente ao serviço.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Tratamento. Enfermagem. Doença Crônica.

MANDU, Juliete Bispo dos Santos. **Abandonment of treatment in people with HIV and their return after active search: contributions to nursing**. 2022. 100f. Dissertation (Master in Nursing) – Graduate Program in Nursing. Integrated Health Institute, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2022.

ABSTRACT

With the advancement of treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the increase in life expectancy, HIV started to be considered a chronic condition, which reaffirms the need for comprehensive care to people living with HIV (PLHIV). However, one of the challenges to be faced is medication adherence, since treatment abandonment can occur, increasing the chance of complications and progression to aids, thus negatively impacting quality of life. Faced with this, it is necessary to recognize the reasons for treatment abandonment and establish intervention methods to bring these patients back to the health service. The present study aims to describe the perspective of people who abandoned HIV treatment and returned to the service after an active search. This is a qualitative exploratory-descriptive piece of research carried out with PLHIV who had abandoned treatment. The study was carried out in the capital of Mato Grosso do Sul State, in a station specialized in PLHIV care. Data were collected from April to August 2021, by means of semi-structured, audio-recorded interviews later submitted to Bardin's content analysis. The 24 male participants were aged between 23 and 63 years (average 37.9), and reported themselves as brown (13), black (six), white (four) and yellow (one). Regarding marital status, 13 were single, eight had partners, two were widowed and one was divorced. The time of diagnosis ranged from two to 23 years (mean 8.5), the mean time of the abandonment period was 333 days (minimum of 114 and maximum of 1249), and six people reported weight loss, sore throat, pain in lower limbs, weight gain, weakness and tiredness. The PLHIV reported that changes in health care occurred at the beginning of treatment, but have not remained over time. In addition, they pointed out factors that helped them deal with the disease, such as their acceptance and involvement in the church community and health service, the perspective of being a father and the possibility of helping other people in the same condition. The reasons for dropping out treatment were the absence of signs and symptoms, the lack of a support network, the bond breaking with health professionals, the difficulty in reaching the specialized service, the medication side effects and the COVID-19 pandemic. Among the motivations for their return to treatment, the following points were mentioned: the desire to live and feel good, the willing to take care of the family and the fact of having overcome the initial phase of treatment, considered the worst one. The active search, by telephone approach, was the strategy used to rescue these patients, considered positive for the return to treatment. In conclusion, the flaws found in the health care network can influence the continuity of treatment and are subject to intervention to rescue the absent patient, in addition to improving treatment adherence. A special attendance is necessary to get to know the individuals and the context in which they are inserted, and to precociously identify the risk factors and behaviors that can lead to treatment abandonment. Based on that, subsidies are generated for the development of search strategies and the elaboration of interventions to rescue PLHIV and bring them back to the service.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Treatment. Nursing. Chronic Disease.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características laboratoriais de PVHIV em abandono de tratamento de acordo com a classificação imunológica para infecção do HIV.	60
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> (Coronavírus)
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MACC	Modelo de Atenção as Condições Crônicas
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
NEPPSCC	Grupo de Pesquisa em Psiquiatria, Saúde Mental e Condições Crônicas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UDIP	Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul- UFMS/MEC- Brasil.

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA	16
2 INTRODUÇÃO	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 História e evolução do cuidado as PVHIV	22
3.2 Viver com HIV como uma condição crônica	24
3.3 O Papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado	25
3.4 Abandono de tratamento e busca ativa	29
4 OBJETIVOS	32
4.1 Geral	32
4.2 Específicos.....	32
5 MÉTODO	33
5.1 Tipo de estudo	33
5.2 Local do estudo.....	33
5.3 Participantes do estudo	35
5.4 Procedimentos e instrumentos de coletas de dados	36
5.5 Análise dos dados	38
5.6 Apreciação ética	38
6 RESULTADOS	40
6.1 Artigo 1.....	40
6.2 Artigo 2.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
ANEXOS	93

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Nasci em uma família na qual o amor e o cuidado nunca faltaram. Meus pais e meu irmão, frequentemente me incentivaram e apoiaram nos meus mais loucos e preciosos sonhos.

A minha história com a enfermagem começou desde muito cedo. Desde criança admirei o trabalho do meu pai, meu primeiro amor e minha inspiração, que trabalhava como socorrista na ambulância do município de Nova Andradina/MS, local que nasci e vivi até os 15 anos. Ver meu pai prestar assistência às pessoas, o seu amor e o cuidado com cada paciente, sempre me fez querer ser igual a ele quando adulta. Se no fim da caminhada eu for 1% do ser humano maravilhoso que meu pai é, serei feliz.

As brincadeiras de criança com bonecas eram com frequência envolvidas por seringas, equipos de soro, gazes, esparadrapo. Desde essa época, me imaginava trabalhando em um hospital ou unidade básica de saúde e cuidando de pessoas.

E, ao crescer, o desejo de cursar o ensino superior só aumentava, mas na cidade que morávamos não tinha o curso de Enfermagem. Então, no ano de 2007, meu pai foi transferido para a capital do estado de Mato Grosso do Sul, a cidade de Campo Grande. A alegria de morar em uma capital era nítida, mas ficava a tristeza de deixar os amigos de infância (Ana Caroline, Jussara, Joana, Sabrina) e os familiares (meus avós, tios e primos), porém tínhamos a certeza de que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus e que Ele estava cuidando de cada detalhe.

Meus pais, meu irmão e eu nos mudamos em fevereiro de 2007 para Campo Grande, cidade a qual já havia morado em 2004, a escola estadual General Malan me recebeu novamente com muito carinho, mas muitas coisas tinham mudado, muitos amigos não estudavam mais na escola. E então iniciei o 1º ano do ensino médio e as longas horas de estudo seriam intensas para conseguir passar no tão temível vestibular. No ano 2009, infelizmente não consegui entrar na universidade pública, a tristeza tomou conta do meu coração, muitos medos e ansiedade com o futuro.

Mas Deus com Sua infinita graça, sempre me mostrou o melhor, foi um ano de aprendizado e amadurecimento. E no final do ano decidi prestar vestibular na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), e passei no curso de Enfermagem. Fui contemplada com 50% de uma bolsa de estudos.

Foram cinco anos de muitas lutas, no último ano (2015), minha família teve que voltar para nossa cidade de origem devido ao emprego do meu pai. Fiquei morando com meus pastores, Leopoldo e Joelma, sou grata à família deles por terem estado ao meu lado.

Meu último ano na graduação foi de muitas lágrimas, a saudade de casa era intensa. Mas, tive amigos que me apoiaram muito, Caianá, a minha dupla de Trabalho de Conclusão de Curso e de estágios, e sua família que me acolheram. Minha primeira orientadora Professora Úrsulla, ensinando com carinho os primeiros passos da pesquisa qualitativa, foi a primeira a me incentivar a fazer o mestrado. E foi neste ano que conheci o meu amor, Raul, em meio a um turbilhão de mudanças acontecendo.

E em dezembro de 2015, voltei para a cidade de Nova Andradina. Estar em casa era muito bom, consegui trabalhar como enfermeira em *home care*. Depois de um ano e meio retornei para Campo Grande, para trabalhar como enfermeira em um hospital, dar aulas para o curso técnico. Também tive a oportunidade de trabalhar com amigos de graduação, Pedro, Maria e a Patrícia.

No decorrer do caminho percorrido durante minha formação profissional e atuação como docente, observei e vivenciei momentos de cuidados no processo saúde/doença os quais revelaram muitos questionamentos e me impulsionaram para pesquisa. O ~~E~~-o anseio por conhecer outras realidades; entender como ocorre a relação de cuidado; a maneira que é revelada a vivência desses cuidados na vida cotidiana principalmente nas condições crônicas fez nascer o desejo de fazer o mestrado e poder conciliar a prática da enfermagem com a pesquisa e docência, áreas que amo trabalhar.

Através de uma amiga que estava cursando o Mestrado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul conheci a Professora Elen Ferraz Teston, a qual me recebeu de braços abertos para ser colaboradora nas pesquisas que estavam em andamento junto com os integrantes do grupo de pesquisa em 2019. Esta aproximação novamente com a pesquisa, acendeu a chama da busca por conhecimento e aprendizado às pessoas com condições crônicas, e a oportunidade de prosseguir na docência foi algo que alegrou meu coração, pois ensinar é uma forma de mudar o que precisa ser transformado com sabedoria.

Todo o tempo que passei envolvida com a pesquisa dos colegas, realizações das entrevistas, participação no grupo focal e reuniões foram momentos de aprendizado. Ao ser inserida no Grupo de Pesquisa em Psiquiatria, Saúde Mental e Condições Crônicas (NEPPSCC), tive a oportunidade de conhecer outros estudos, outros métodos, e ver como a enfermagem tem crescido na pesquisa. O enfermeiro tem o papel de ensinar, orientar, conduzir a equipe e as pessoas que buscam o atendimento.

Ao ser aprovada no processo seletivo do Mestrado em Enfermagem com o tema sobre HIV/aids, iniciei a procura incessante para aperfeiçoar o objeto de estudo. Após muitas leituras e pesquisas, foi escolhido trabalhar com pessoas que vivem HIV (PVHIV), posteriormente foi realizada uma visita ao hospital de referência da capital para conhecer o serviço e a demanda.

Os relatos das enfermeiras que lá atuavam foram direcionados ao abandono de tratamento pelos pacientes. Foi ressaltado que com a pandemia de COVID-19, o hospital teve que reduzir atendimentos diários. O ambulatório tinha muitas demandas por se tratar de um serviço de referência a PVHIV, e não conseguia realizar a busca ativa como deveria ser realizada.

Em virtude dessas questões levantadas na visita ao hospital, elaborei juntamente com a orientação da Professora Elen um projeto cujo objeto de estudo é a busca ativa das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estão em abandono de tratamento.

Poder, através da pesquisa, realizar a busca ativa, conhecer o cotidiano dessas pessoas e entender como ocorre o processo de cuidado são fatores que direcionam este estudo. Por conseguinte, garantir que o direito que todas as pessoas possuem de buscar os serviços de saúde para prover suas necessidades, serem atendidas e acompanhadas com dignidade e respeito sejam colocados em prática, pois estas pessoas porque precisam de cuidado integral. Precisam de pessoas que as ajude a tornar o medo e o receio em coragem para continuar o tratamento e poder viver com qualidade de vida.

O interesse pelas questões relacionadas às condições crônicas, em especial ao HIV/aids, surgiu e tornou-se crescente a partir do instante em que fui inserida no serviço como enfermeira pesquisadora. Observei a necessidade dos serviços de saúde e dos colegas profissionais, desejosos pela melhoria do atendimento e por condições adequadas de trabalho, que infelizmente, devido as fragilidades da mão de obra escassa e a grande demanda, não conseguem fazer tudo o que almejam.

Estes foram os fatores que potencializaram o anseio de realizar a busca ativa daquelas pessoas que constavam na lista de abandono de tratamento, colaborar com a assistência do serviço de referência e ofertar um cuidado integral. E também, oferecer a oportunidade para que estas pessoas pudessem expressar sobre o seu tratamento, seus medos e pretensões, de modo que os resultados obtidos possam contribuir com o planejamento de estratégias de um cuidado continuado nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é ocasionada por um retrovírus que infecta os linfócitos TCD4+, podendo ser transmitida por via sexual, vertical e sanguínea. A crescente incidência de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) determina inúmeros desafios à sociedade em geral e em especial ao setor saúde (BRASIL, 2019).

No cenário mundial, em 2015, um total de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e destas, somente 18,2 milhões têm acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) (UNAIDS, 2016). Por sua vez, no Brasil, aproximadamente 0,4% da população geral está vivendo com HIV (BRASIL, 2017a), sendo que entre 2007 até junho de 2021, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) notificou 381.793 casos novos de HIV, 165.247 (43,3%) na região Sudeste, 75.618 (19,8%) na região Nordeste, 75.165 (19,7%) na região Sul, 36.218 (9,5%) na região Norte e 29.545 (7,7%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2021). Os casos de aids, de 1980 a junho de 2021, somam um total de 1.045.355 no Brasil (BRASIL, 2021).

Localizado na região Centro-oeste, o estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2007 a 2021, notificou 5.182 casos de PVHIV, e 11.006 casos de aids no período de 2000 a 2021 (BRASIL, 2021). Em Campo Grande, capital do estado, em 2019, foram registrados 339 casos de PVHIV (BRASIL, 2019a).

Frente a esse panorama epidemiológico, diferentes políticas públicas e estratégias de cuidado foram elaboradas a fim de contribuir com a prevenção da doença e também com o cuidado integral à PVHIV. Ao surgimento dos primeiros casos no Brasil, o atendimento a estas pessoas era centralizado em serviços especializados, devido à grande letalidade da doença e dificuldade de seu manejo (PINTO; CAPELETTI, 2019).

Posteriormente, viver com o HIV foi reconhecido como uma condição crônica, devido ao acesso contínuo e confiável da terapia antirretroviral (TARV) e ao consequente aumento da expectativa de vida. Desta maneira, tornou-se necessário a descentralização do cuidado para Atenção Primária à Saúde (APS), que possibilitou uma ampliação no acesso, à testagem e consequentemente ao diagnóstico (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Este processo de descentralização do cuidado à PVHIV, embora traga potencialidades, como por exemplo a ampliação do acesso e a lógica de trabalho orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde da Família, apresenta desafios relacionados à adesão, retenção e vinculação ao tratamento das PVHIV (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

As condições crônicas imperam desafios constantes, em especial no que concerne ao cuidado integral nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desta maneira, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que tem como base o *Chronic Care Model* (CCM), e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, foi elaborado para direcionar o cuidado às condições crônicas no SUS (MENDES, 2012).

O MACC contempla as especificidades da cronicidade e as condições de adoecimento, os contextos relacionados e interrelacionados nesse processo; assim como a pessoa, sua família, a rede de apoio social, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas (MENDES, 2012). Nesse sentido, a partir do reconhecimento da necessidade de cuidado integral e longitudinal às PVHIV, inicia-se a transformação do modelo centralizado de cuidado para um modelo matriciado/descentralizado (BRASIL, 2014). Vale salientar que a adesão ao tratamento medicamentoso é um dos maiores desafios no cuidado à PVHIV, uma vez que este é fundamental para reduzir complicações e para proporcionar uma melhor qualidade de vida (BANDEIRA et al., 2016).

O abandono do tratamento é influenciado pela falta de uma rede social de apoio; ausência de ajuda emocional e financeira; não aceitação do diagnóstico; presença de efeitos colaterais dos antirretrovirais; quantidade de comprimidos ingeridos diariamente; periodicidade das consultas; estigma da doença; medo da morte; depressão e más amizades. Estes resultados mostram que a APS possibilita uma criação de vínculo entre profissional e paciente, o que poderá auxiliar na redução da taxa de abandono (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Após realizada a busca ativa dos indivíduos em abandono do tratamento, além de identificar e favorecer o retorno para acompanhamento no serviço, os resultados deste estudo poderão oferecer subsídios para o planejamento de ações de vinculação entre a PVHIV e os diferentes pontos da rede de atenção. Ademais, será possível direcionar estudos futuros de intervenções com estratégias que favoreçam a conexão entre a equipe de saúde e os cuidados às PVHIV nos diferentes pontos da RAS.

Nesse sentido, considerando a necessidade de ações que favoreçam a retenção, vinculação, adesão ao tratamento e estímulo ao autocuidado por PVHIV, além do acompanhamento desses indivíduos pelas equipes da APS, questiona-se: as PVHIV, cadastradas em um serviço de referência, que não apresentam registros de retirada do medicamento antirretroviral (TARV) em um período mínimo de três meses abandonaram o tratamento? Quais fatores influenciaram o abandono do tratamento? Quais os fatores que levam ao abandono de tratamento na perspectiva daqueles que o abandonaram? Qual a percepção das PVHIV sobre a não ade-

são ao tratamento? Quais foram os efeitos ocasionados pela busca ativa? Como as PVHIV que abandonaram o tratamento percebem esse processo e suas consequências?

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História e evolução do cuidado às PVHIV

A história da aids iniciou quando em meados de 1980 os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos da América (CDC, 1981) realizaram o primeiro relato de afecções oportunistas entre pessoas jovens, homossexuais, anteriormente saudáveis. E então inicia-se a chamada primeira década da aids que aconteceu de 1980 a 1989, envolvida por alguns aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito), em meio a esse panorama a dificuldade de efetivar a prevenção e, de desenvolver medicamentos eficazes e de custos acessíveis (GRECO, 2016).

Diante disso, o medo era o sentimento mais fácil de compreender e teoricamente o mais fácil de se combater, devido as inúmeras dúvidas que ainda existiam sobre a doença. Os profissionais de saúde não queriam prestar assistência a esses pacientes, então no Brasil foi criada a Resolução n. 1.359 em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM), sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas em risco e PVHIV, a qual sobreveio a Resolução n. 1.665 de 2003, que incluiu a proibição aos médicos de solicitar desnecessariamente exames sorológicos para HIV (GRECO, 2016).

O Brasil enfrentava nas décadas de 1970/80 uma reviravolta passando da ditadura militar para as eleições diretas (“Diretas Já”), mudanças estas realizadas somente depois de muitos movimentos, entre esses o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que proclamou o acesso à saúde pública para todos. Ademais, existia a luta pela anistia aos perseguidos, exilados e banidos no qual estava cada vez mais forte (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015).

Posteriormente, inicia-se a segunda década, de 1990 a 1999, na qual trouxe um avanço para o tratamento da PVHIV, distribuído pelo SUS a zidovudina (AZT), que em 1987 havia sido comprovada a queda da mortalidade através dessa medicação (FISCHL et al., 1987).

Em seguida, foi criada a Lei n. 8080/1990 e a Lei n. 8142/1990, que incluíam o SUS no sistema público de saúde, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, levando cerca de a metade da população anteriormente excluída dos planos de serviços de saúde. Os avanços ocorreram na APS e no serviço especializado, ressaltando-se que o controle da aids no Brasil possui a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento, também os serviços de transplante de órgãos e de tecidos estão entre

os mais produtivos do mundo (SANTOS, 2018).

Em virtude de todas as transformações realizadas no Brasil, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida a PVHIV, o país aprimorou os modelos assistenciais, como a defesa dos direitos humanos. Também passou a realizar a produção e distribuição de preservativos e antirretrovirais (ARV), com a construção de laboratórios e serviços da rede pública para cuidar de PVHIV (GRECO, 2016).

No ano de 1996, na IX Conferência Mundial de aids, realizada no Canadá, apresentou-se a eficácia do uso combinado de antirretrovirais (ARV). Contudo, a adesão ao tratamento era difícil devido a quantidade de comprimidos diários a serem ingeridos e os efeitos adversos dos medicamentos. O alto custo restringia o acesso aos medicamentos nos países em desenvolvimento, porém, o Brasil no mesmo ano com a publicação da Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996 iniciou a distribuição da medicação às PVHIV (GRECO, 2016).

No início do novo milênio, começou a terceira década, de 2000 a 2009, período esse de muitas lutas para o Brasil, pois iniciou-se com uma crise bancária que atingiu a população, refletindo no acesso à saúde. Mas, em 2007, o Brasil teve a licença compulsória do Efavirenz, um antirretroviral, que resultou em redução de custos de US\$ 30 milhões só no primeiro ano, chegando a US\$ 236 milhões até 2012 (RODRIGUES, SOLER, 2009).

Sucessivamente, inicia-se a quarta década (2010 a 2019), trazendo os avanços na prevenção combinada como as testagens para HIV (teste rápido de HIV e sífilis), Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). A PEP é recomendada para a pessoa que se expôs ao HIV, uso imediato. A PrEP consiste no uso de ARV para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Outras prevenções também foram implantadas nesse período, como uso regular do preservativo, supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral (BRASIL, 2018).

Em suma, pode se perceber que o país avançou em tratamento, principalmente medicamentoso, desde o início do primeiro caso de aids até os dias atuais. A força por lutar e ter um objetivo comum que era uma melhor qualidade de vida à PVHIV foi alcançada, através da mobilização precoce para enfrentar a aids; a criação do SUS; o papel da sociedade envolvida com os direitos humanos e muitos outros marcos que ocorreram graças a incessante persistência da população, resultando em benefícios que tem sido usufruído na quinta década da aids (GRECO, 2016).

3.2 Viver com HIV como uma condição crônica

A disponibilidade da TARV ocasionou melhores condições de vida para a PVHIV, como a redução de doenças oportunistas, redução nas internações hospitalares, aumento da estimativa de vida, o que resulta em melhoria na qualidade de vida, e nas condições físicas e emocionais (FORESTO, et al., 2017). No entanto, ainda há a necessidade de cuidado da equipe de saúde e até mesmo do autocuidado, pois se trata de uma condição crônica que conviverá por toda a vida. É necessário o controle da carga viral para que seja mantida o mais baixa possível ou indetectável, que significa intransmissível, porém a carga viral tem que estar indetectável há pelo menos seis meses para não transmissão (BRASIL, 2019b; RODGER et al., 2019).

A inserção da TARV e suas diversas formas de ação sobre o ciclo do HIV no organismo do ser humano passou a ter uma repercussão gradativa nos indicadores de morbidade, mortalidade e qualidade de vida das PVHIV. Transformou-se de uma doença terminal para uma condição crônica, aumentando a sobrevida. No entanto, outros fatores corroboram para essa cronicidade, como a evolução do tempo de diagnóstico e uma rede de cuidado baseada em princípios de integralidade e interdisciplinaridade (KENWORTHY; THOMANN; PARKER, 2017; SANGARAMOORTHY, 2018).

Ressalta-se que a manutenção de uma boa saúde mental, o auxílio de uma rede de apoio psicossocial e espiritual, assim também como o tratamento adequado desde a descoberta do diagnóstico contribuem para uma melhor qualidade de vida. Resulta em uma expectativa de vida maior quando comparada àquela esperada no início da descoberta da doença (HIPOLITO et al., 2017).

É evidente que a aids causa um grande impacto na saúde, no bem-estar, na vida financeira, além de afetar todos os grupos sociais e étnicos em todo o mundo. Segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) para 2015, 38,8 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo, e destas, 2,1 milhões representavam novas infecções naquele ano. Outrossim, um total de 17 milhões de pessoas se encontrariam em tratamento e teria ocorrido 1,1 milhão de mortes pela doença, no mesmo ano. Estima-se que cerca de 50% das pessoas vivendo com HIV necessitem de tratamento e muitas desconheçam seu status sorológico (UNAIDS, 2016).

No Brasil, totalizou, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de aids detectados no país, porém desde o ano de 2012, foi observado uma taxa de diminuição na detecção da aids no país, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para

17,8/100.000 habitantes no ano de 2018 (BRASIL, 2019a). Estes resultados têm ocorrido a partir do momento em que começou a ser recomendado o “tratamento para todos”, ou seja, todas as pessoas que vivem com HIV iniciaram o tratamento como prevenção, a começar pela terapia antirretroviral, independentemente da contagem de Linfócitos TCD4+. Esta ação significou mais um passo inovador em resposta ao cuidado da PVHIV e os resultados foram a melhoria do diagnóstico, ampliação do acesso à testagem e redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento (BRASIL, 2017b).

Diante desses dados epidemiológicos, a aids tornou-se um problema de saúde pública. Apontam-se como principais fatores: a gravidade da doença, a discriminação e os altos custos requeridos para a prevenção e o tratamento. De tal maneira, ocorreu a implantação de políticas públicas que enfatizam a testagem e o tratamento, que resultou em um aumento da sobrevida e da qualidade de vida da PVHIV através do cuidado integral (KUNDRO et al., 2016).

Nesse sentido, tornam-se necessárias mudanças psicológicas e comportamentais que levem a adequações no estilo de vida e a elaboração de métodos para enfrentar a nova realidade. Além disso, os sentimentos negativos frente ao diagnóstico; a fragilidade que a doença impõe no organismo; assim como as condições em meio ao contexto que os fazem mais vulneráveis à discriminação, ao preconceito e ao estigma social são fatores que dificultam a adesão ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2017).

Assim, um estudo realizado nos Estados Unidos da América mostrou que pesquisadores, profissionais da saúde, formuladores de políticas, ativistas e as próprias PVHIV passaram a entender e a viver o HIV/aids, pois compreenderam que não é o fim. Logo, a aids continua a se desenvolver e mudar, não equivale mais uma crise, como enfrentada no passado, mas uma condição crônica no presente, induzida por avanços biotecnológicos e investimentos políticos e econômicos. E, com a criação de novas economias morais, o estigma que há em relação as PVHIV é reduzido e o acesso ao tratamento será padrão (SANGARAMOORTHY, 2018).

3.3 Políticas Públicas de Saúde e o Cuidado às PVHIV

A APS tem papel fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle das condições crônicas, com foco na pessoa de forma integral. Envolve os usuários na definição e implementação de estratégias de controle e autocuidado, considera-se ainda os determinantes e condicionantes envolvidos. A APS deve atuar co-

mo coordenadora do cuidado, promover atenção à saúde de qualidade e auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde dos usuários, e estar em concordância com o MACC (MENDES, 2012).

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece a descentralização e preconiza a saúde nas esferas do plano individual e coletivo. Também estabelece como método de Atenção à Saúde a Estratégia Saúde da Famílias (ESF), sendo um modelo de atenção prioritário para a ampliação do acesso e da resolutividade (BRASIL, 2017a).

Por sua vez, Barbara Starfield, define APS como sendo um serviço que oferta a entrada no sistema de saúde, que possibilita o acesso para novas necessidades e problemas, manter a atenção na pessoa e não somente na enfermidade. Destaca-se que a APS como o primeiro nível de atenção à saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, o qual abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, e a redução de danos (STARFIELD, 2002).

A APS precisa de uma assistência diferenciada, pois cuidar da PVHIV é um desafio aos serviços de saúde, que ocasionalmente centralizam suas ações com uma abordagem episódica, reativa e fracionada. Estas atitudes dificultam o atendimento às carências dessa condição crônica. O cuidado à PVHIV requer a praticidade dos atributos da APS, nos quais a longitudinalidade acompanha o indivíduo em seu processo de vida, garante a empatia e a criação de vínculo entre usuário e equipe de saúde, mantêm a abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades, fomenta a integralidade do cuidado, estimula a sensibilidade do profissional, implanta o acolhimento e escuta qualificada (COLAÇO et al., 2019).

Isto posto, os atributos da APS, sistematizados por Starfield para fortalecer a qualidade do atendimento ao paciente, são elementos estruturantes para o sistema de serviço de saúde. Podem ser divididos em essenciais: acesso de primeiro contato; integralidade; longitudinalidade e coordenação, e os derivados compostos por: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Um estudo realizado em Porto Alegre, RS, com profissionais da saúde, apontou que realização da reorganização deste novo modelo de atendimento no âmbito da Atenção Primária promove a ampliação do diagnóstico precoce, a melhoria da acessibilidade ao tratamento e a condução de estratégias de retenção das PVHIV por meio destes atributos (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Diante deste contexto, cabe destacar que as mudanças na dinâmica populacional e nas formas de relacionamento; as políticas públicas e os estigmas em relação à infecção pelo HIV têm sofrido transformações ao longo dos anos. O resultado é um processo de feminização, interiorização, heterossexualização, envelhecimento e pauperização das pessoas que vivem

com o vírus (SILVA et al., 2016). Por conseguinte, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto pela Organização das Nações Unidas foi promover “acesso universal ao tratamento do HIV/aids a todos que necessitam”, cujas metas se concentraram em reduzir a incidência da doença e aumentar o acesso à população ao tratamento e as formas de prevenção (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a UNAIDS lançou no ano de 2015 o plano da tríplice 90-90-90, com objetivo de erradicar o HIV até 2030. Este previa que no ano de 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV seriam diagnosticadas, 90% destas receberiam terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% em tratamento apresentaria supressão viral (UNAIDS, 2015).

No entanto, frente ao momento de pandemia de *Coronavirus Disease* (COVID-19) no ano que deveria atingir a Meta 90-90-90, é levantada a hipótese no qual impactou o tratamento à PVHIV e provocou uma ruptura ainda maior no diagnóstico e tratamento. Os dados apresentados no boletim epidemiológico no ano de 2020 mostraram que 89% das pessoas foram diagnosticadas, 77% estão em uso da TARV e 94% estão em tratamento e não transmitia HIV (BRASIL, 2020).

Desta maneira, a UNAIDS publicou um novo relatório *Seizing the Moment: tackling entrenched inequalities to end epidemic*, no qual mostrou um progresso significativo, porém com um índice de desigualdade, principalmente na expansão do acesso à terapia antirretroviral. Devido a estes resultados não serem iguais em todos os países, as metas globais relacionada às PVHIV não foram alcançadas (UNAIDS, 2020).

Portanto, medidas foram estabelecidas para atender as pessoas com condições crônicas com o propósito de reduzir os danos causados pela pandemia. Um dos métodos empregados foi a realização das teleconsultas, normatizadas pelo CFM, o qual afirmou se tratar de “consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em espaços geográficos distintos” (CFM, 2019).

Ademais, outros profissionais da APS também realizaram teleatendimento, a consulta domiciliar para garantir a manutenção da assistência a pacientes de maior complexidade e risco. Além disso, as visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram efetivadas no peridomicílio, mantendo o distanciamento social, para possibilitar o acompanhamento de pacientes sem telefone e a entrega de medicamentos, evitando, assim, as visitas desnecessárias à unidade. A APS interligada com os demais serviços da RAS, com a atuação da comunidade e com habilidade de coordenação, é capaz de minimizar os danos causados pela pandemia e evitar a desassistência às condições crônicas e agudizações (DAUMAS et al., 2020).

Contudo, para que o acompanhamento da PVHIV na APS tenha êxito, é fundamental considerar vários aspectos, como o estabelecimento de um modelo de estratificação de risco do paciente, qualificação da equipe de saúde, garantia de suporte técnico aos trabalhadores. Ressalta-se também a necessidade de fortalecer a RAS e os profissionais para o manejo biológico da doença e, sobretudo, para o atendimento das demandas biopsicossociais das PVHIV que surgem no processo de atenção. Para que a APS tenha caráter central na RAS é essencial que ambos sejam capacitados para organizar o cuidado, pois a atenção primária precisa de um arranjo sólido dos três entes federativos. Assim, a APS será apta para coordenar o cuidado, de maneira integral e longitudinal (BOUSQUAT et al., 2017).

No entanto, para que esse processo ocorra de maneira ordenada, é preciso uma RAS interligada, com o objetivo de oferecer cuidado integral e resolutivo. Uma das fragilidades encontradas é a ausência de articulação entre a APS e os outros serviços da rede, uma vez que cada departamento realiza suas atividades individualmente. Não há contrarreferência dos serviços de média e alta complexidade para a APS, o que ocasiona descontinuidade do cuidado, pois, na maioria das vezes as informações das terapêuticas realizadas são dadas pelos próprios pacientes, de maneira errônea e/ou incompleta (OLIVEIRA; SOARES, 2020).

Estudo realizado em cinco regiões de saúde das cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), cujo o objetivo foi apresentar a estrutura e organização da APS em diferentes regiões do Brasil, teve como resultado que a APS não consegue realizar totalmente o seu papel de coordenar o cuidado e atender as especificidades de cada paciente. Isto se dá pois há uma ausência do modo operacional, as condições estruturais dos serviços de APS são limitadas, há baixa capacidade de resolução clínica e de incorporação de instrumentos e mecanismos de coordenação do cuidado. E, para obter uma atenção primária fortalecida e estruturada, é primordial que haja uma RAS com autonomia na gestão municipal, articulada em âmbito regional, com protagonismo da esfera estadual e seguindo os princípios do SUS (BOUSQUAT et al., 2019).

No cenário da APS, a enfermagem, por vezes, é responsável pela gerência do cuidado, atua no cuidado direto e contínuo. Exerce, assim, uma função primordial para a implantação dos cuidados às PVHIV (VASCONCELOS et al., 2013).

Cabe ao enfermeiro trabalhar com a família da PVHIV, pois a integração com o profissional irá facilitar o processo de cuidado que esta precisará vivenciar, uma vez que atua como porto seguro e oferece cuidados domiciliares. O atendimento aos familiares tem o propósito de sanar as dúvidas e ofertar suporte emocional e psicológico, o que necessita da colaboração de outros profissionais, como o psicólogo (TARSILLA et al., 2016).

Conclui-se então que o enfermeiro é um membro fundamental na equipe multiprofissional na APS, assim como na realização de ações de diagnóstico de HIV, aconselhamento, acompanhamento, promoção e monitoramento da adesão à TARV. Estudo apontou que muitos destes profissionais ainda se sentem despreparados para trabalhar com essa parcela populacional, devido ao fato de o cuidado inicial ser centrado no médico (COLAÇO et al., 2019).

Diante disso, vale ressaltar que, durante a formação do profissional enfermeiro, as estratégias de educação continuada precisam ser voltadas para que o profissional desenvolva um cuidado integral e sistematizado às PVHIV (COLAÇO et al., 2019).

3.4 Abandono de tratamento e busca ativa

Embora apenas a TARV não seja suficiente para o tratamento e manutenção da qualidade de vida das PVHIV, inúmeros fatores dificultam a adesão à TARV ou continuidade no tratamento de maneira eficaz (FORESTO et al., 2017). Nesse sentido, as dificuldades de adesão muitas vezes resultam no abandono do tratamento, que é definido como a ausência de retirada da medicação por um período de três meses após a data prevista e/ou não retorno às consultas no serviço de saúde em seis meses (BRASIL, 2009).

Desta maneira, reconhecer a importância da TARV para prevenir a transmissão, reduzir a morbidade e restabelecer a qualidade de vida é um fator fundamental para a redução do abandono de tratamento. Por conseguinte, alguns fatores ocasionam ou facilitam o processo de não adesão ao medicamento como, por exemplo, a dificuldade de manutenção no emprego e do acesso da PVHIV ao mercado de trabalho, o que pode levar à depressão, isolamento social e ao estresse (SILVA et al., 2019).

Estudo realizado em Uganda, com PVHIV apontou as barreiras que dificultam o cuidado à saúde. Os principais foram alto estigma, falta de apoio social e abuso de álcool. Fatores clínicos, como relacionamento com a equipe, distância, eficiência e privacidade também foram elementos apontados pelos entrevistados (LOFGREN et al., 2021).

Por sua vez, um estudo realizado na Colômbia com 51 pacientes que vivem com HIV, mostrou que uma rede de apoio precária e as psicopatologias, como transtorno de ansiedade e déficit cognitivo, estão associados com maior risco de abandono de tratamento (GRANADA et al., 2018).

A condição crônica, especialmente a infecção pelo HIV, é vivenciada como uma perda significativa para o paciente, seja pelo que a condição significa em si ou devido a necessidade de tratamento contínuo. Ademais, as PVHIV podem passar a imaginar um futuro sem esperança o que gera tristeza e recusa em dar continuidade ao tratamento (HERRERA et al.,

2021). Desse modo, o abandono de tratamento (BEM-MENACHEM et al., 2021) está entrelaçado a diversos fatores, tais como vulnerabilidades psicossociais do paciente, o ambiente socioeconômico, a formação cultural e os fatores comportamentais. Logo, a procura para melhorar a adesão à TARV e o vínculo paciente-profissional entre de saúde é uma estratégia para aprimorar a efetividade do tratamento (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Diante desses fatores relacionados a não adesão ao tratamento, a formulação de estratégias com vistas a favorecer o retorno dessas pessoas ao serviço de saúde é uma necessidade. A busca ativa é uma estratégia que possibilita o serviço de saúde ir à procura do paciente e pode ser realizada por contato telefônico, telegramas, ou visitas domiciliares (LEMKE; SILVA, 2010). É uma ferramenta muito utilizada nas ações dos serviços de vigilâncias epidemiológica e sanitária. Estudo realizado no Rio de Janeiro, RJ, em uma Unidade Básica de Saúde, com pacientes que estavam em abandono de tratamento e com profissionais que trabalham no serviço escolhido, apontou que para vencer as barreiras é necessário não só um atendimento específico a cada indivíduo como também a realização de busca ativa nos serviços de saúde à pacientes faltosos nas consultas, retiradas de medicação ou realização de exames (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Uma revisão sistemática e meta-análise forneceu evidências do efeito do uso de aplicativos móveis na adesão à medicação em adultos com condições crônicas. Nela, se concluiu que a utilização é eficaz por meio de mensagens curtas (PENG et al., 2020). Nesse contexto, estudo realizado em Fortaleza, CE, com PVHIV utilizou *WhatsApp* para enviar mensagens quinzenais individuais com temas variados como a adesão à terapia antirretroviral, atividade física, apoio social, autoestima, ansiedade/depressão, hábitos alimentares, álcool e drogas, sexualidade, e também imagens com frases motivacionais. Além disso, ao longo do acompanhamento, um profissional esteve à disposição para sanar dúvidas pelo próprio aplicativo. Como efeito, foi apontada que a acessibilidade ao profissional pelas PVHIV favoreceu a comunicação, o recebimento de informações e apoio emocional no tratamento, o que resultou em boa adesão (LIMA et al., 2018).

A adesão à TARV é necessária para alcançar a supressão viral e conferir benefícios máximos à saúde, incluindo redução do risco de transmissão vertical do HIV. Desta maneira, com o intuito de melhorar a adesão e retenção durante a gestação, um estudo em Malawi, na África Subsaariana, com mulheres grávidas vivendo com HIV que ainda não estavam em uso da terapia, testou o efeito de uma intervenção baseada em vídeos os quais forneciam informações de como prevenir a transmissão vertical, e os resultados se mostraram positivos. Isso porque, tratando-se da aceitabilidade, as participantes relataram que os vídeos ajudaram a

reduzir a ansiedade e o medo relacionado ao diagnóstico do HIV, quebrou paradigmas, deu-lhes esperança para continuar, melhorou o conhecimento sobre a TARV, principalmente em relação a autoeficácia e a revelação do diagnóstico ao parceiro. (MASIANO et al., 2021) Intervenções como essa, de baixo custo, podem favorecer a adesão à TARV, diminuir o abandono de tratamento e reduzir as taxas de transmissão vertical. Para tanto, a utilização de ferramentas tecnológicas e intervenções personalizadas são favoráveis para um melhor desenvolvimento de cuidado e qualidade de vida da PVHIV (MASIANO et al., 2021).

Cabe salientar que, são necessárias intervenções que sejam culturalmente adaptadas e adotem uma abordagem psicoeducacional para enfrentar diferentes desafios vivenciados pelas PVHIV (PANTALONE et al., 2020). A utilização de tecnologias para o cuidado possui o potencial de melhorar a saúde pública – com abordagens personalizadas que proporcionam acesso equitativo para todos os subgrupos da população (CHENG; ELSWORTH; OSBORNE, 2020).

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Descrever a perspectiva de pessoas com HIV sobre o abandono de tratamento e retorno ao serviço após busca ativa.

4.2 Específicos

- Identificar se a compreensão de pessoas que vivem com HIV e abandonaram o tratamento interfere no modo como enfrentam a doença.
- Conhecer o estado da infecção pelo HIV antes e depois do abandono de tratamento, bem como, a percepção das PVHIV sobre o abandono do tratamento, os seus motivos e o retorno ao serviço após busca ativa.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa. Para elaboração e descrição da redação foram utilizadas as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) que orientam a pesquisa qualitativa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O estudo descritivo tem como propósito descrever os atributos, características e perfis significativos das pessoas, grupos, comunidades, processos ou qualquer fenômeno que seja submetido à análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). E os estudos exploratórios têm a finalidade de trabalhar conceitos, percepções e visões que são estudados com a concepção de expandir o objetivo da percepção sobre o fato a ser analisado (DUARTE, 2005).

A abordagem qualitativa dispõe de algumas propriedades, como a investigação de assuntos em profundidade e responde às questões que compõem um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Também gera resultados que não podem ser medidos, mas sim, compreendidos com maior profundidade nas relações e fenômenos (MINAYO, 2016).

Desta maneira, o método qualitativo é apropriado para pesquisas realizadas na saúde porque pode fornecer respostas sobre os sentimentos das pessoas acerca de um determinado território. Outro aspecto importante deste método é uma fase que acontece antes da coleta de dados que requer do pesquisador uma relação direta com a população a ser estudada, fazendo parte do cotidiano deste público. Além disso, possibilita o envolver-se e conhecer o público a ser estudado, para que se possa entender e investigar “o pensar, o agir e o sentir” dos indivíduos envolvidos no estudo (TURATO, 2013).

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na capital do Estado de Mato Grosso do Sul, que de acordo com o último censo, soma aproximadamente 895.892 habitantes. O município conta com sete regiões de saúde, que abrigam 71 unidades de saúde, sendo 54 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 03 Unidades de Clínicas da Família. Ademais, para o cuidado às PVHIV, há dois serviços de referência e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Com vistas à ampliação das ações de cuidado às PVHIV para outros pontos da rede de atenção, em 2018, a capital iniciou o processo de descentralização do cuidado. Nesse sentido, a secretaria de saúde selecionou 22 unidades de saúde, sendo cinco denominadas de coletado-

ras (que realizam a coleta dos exames laboratoriais) e solicitantes (realizam o acompanhamento à PVHIV e entrega medicação) e 17 apenas como unidades solicitantes.

Assim, aqueles indivíduos com diagnóstico de HIV/aids que são assintomáticos, estáveis e que apresentam Linfócitos TCD4+ maior que 350 células/mm³ foram referenciados para o acompanhamento em uma UBS/UBSF mais próxima de sua residência, para fazer a retirada das medicações e a coleta dos seus exames.

Para realização do presente estudo, selecionou-se, por conveniência, um dos centros de atendimento, o qual é referência para o Estado e atender todas as doenças infecto parasitárias que necessitam de acompanhamento especializado, tanto em nível ambulatorial quanto de internação.

O serviço selecionado compõe a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) é um serviço vinculado à Divisão da Gestão do Cuidado e Gerência de Atenção à Saúde, credenciada como referência estadual para diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias. O primeiro atendimento na UDIP é feito por encaminhamento da rede de saúde primária e secundária (município e estado). Esta Unidade é composta pelos seguintes cenários e modalidades de atendimento: Enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias, e Hospital Dia em Doenças Infecciosas e Parasitárias, com nove leitos de internação não convencional, para tratamento e avaliação dos pacientes com HIV/aids clinicamente estáveis.

O estudo foi realizado no ambulatório, onde atuam uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um auxiliar em enfermagem, dois médicos, um psicológico, assistente social, farmacêutico, residentes de infectologia e acadêmicos voluntários (curso de medicina e enfermagem).

Para o cálculo de vagas liberadas para os ambulatórios de infectologia, é considerado o número de profissionais médicos infectologistas disponíveis para o atendimento nos horários matutino e vespertino, após o fechamento de escala e cobertura da enfermaria DIP, Hospital Dia e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

No ambulatório geral, no período vespertino, cada médico infectologista presente na escala é responsável por uma agenda para atendimento e/ou preceptoria de alunos de medicina do 5º e 6º anos, assim como equipe de médicos residentes de Clínica Médica, Dermatologia e Infectologia.

Em janeiro de 2020, o agendamento de consulta ambulatorial da especialidade de infectologia adulto passou a ser gerenciado através do Sistema de Regulação (SISREG), um sistema da web cujo intuito é gerenciar todo o complexo regulador, seja ambulatorial ou hos-

pitalar, permite a inserção de ofertas de vagas para consultas, cirurgias, assim como os leitos hospitalares. Com o uso do SISREG, as solicitações de vagas podem ser feitas por todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Em março/2020 houve a suspensão de todo atendimento ambulatorial eletivo, decisão tomada pela governança da instituição em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde para prevenção da propagação da pandemia de COVID-19. Em maio de 2020, ocorreu a reabertura gradativa do atendimento ambulatorial na UDIP com critérios de prioridades, porém em agosto estes atendimentos foram novamente suspensos e só retomados em outubro, seguindo prioridades definidas para pacientes HIV com linfócitos TCD4+ <350, coinfeções, leishmaniose e gestantes.

Contudo, em dezembro/2020, com o aumento significativo dos casos de COVID-19 e déficit importante nas escalas de serviço, o ambulatório de infectologia foi novamente suspenso temporariamente. No primeiro semestre de 2021, os atendimentos de infectologistas foram em média 229 consultas por mês (mínimo de 155 e máximo de 305 consultas), em média 11,45 (12) consultas por dia, em torno de 60 pacientes atendidos por semana, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino.

O enfermeiro realiza atendimentos de teste rápido, exposição de material biológico ou sexual, não sendo necessário agendamento prévio, visto tratar-se de intercorrências/acidente. A coleta de material para avaliação da carga viral e linfócitos TCD4+ é realizada duas vezes na semana no período matutino pelo enfermeiro e técnico de enfermagem.

O enfermeiro realizou uma média mensal de 18,6 consultas de intercorrência (mínimo de seis e máximo de 38) no primeiro semestre de 2021. Vale ressaltar, que no período que ocorreu a busca ativa às PVHIV em abandono de tratamento e consultas de enfermagem pela pesquisadora principal, a produção do enfermeiro teve um aumento de 38 e 29 consultas nos meses de maio e junho respectivamente.

5.3 Participantes do estudo

Foram elegíveis para o estudo PVHIV que não compareceram a nenhum serviço da RAS para a retirada de medicação nos últimos três meses, conforme informação constante no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), o qual tem como objetivo gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais no Brasil, e permite que o Departamento de Vigilância, prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/aids e das Hepatites Virais se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos as pessoas em uso da TARV nas várias regiões do país.

Ressalta-se que as consultas são agendadas, em média, a cada dois meses, e a entrega de medicamentos é realizada mensalmente. Mas, devido a pandemia COVID-19, as medicações eram disponibilizadas para até 3 meses, para reduzir a circulação das pessoas no serviço de saúde (BRASIL, 2020). Depois, o paciente retornava ao serviço para fazer uma nova consulta com o médico para avaliação e renovação da receita.

Foram inclusos no estudo: PVHIV com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas em um centro de referência para doenças infecto parasitárias. Por sua vez, foram excluídos indivíduos em situações de confinamento tais como presidiários, institucionalizados ou residentes em casas de apoio e que foram a óbito no período da coleta de dados.

5.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A pesquisa foi realizada em dois momentos. Primeiramente, o farmacêutico do serviço disponibilizou uma cópia da lista gerada pelo SICLOM dos pacientes que estavam há mais de três meses sem fazerem a retirada da medicação. Desta maneira, a pesquisadora principal realizou uma busca no sistema de vigilância epidemiológica do serviço para verificar se existia registro de óbitos. Posteriormente, realizou-se a busca nos prontuários eletrônicos de todas as pessoas que permaneciam na listagem e fez-se um levantamento dos números telefônicos. Em seguida, foram realizadas até três tentativas de contato com os números registrados em dias e horários alternados em um esforço para ampliar as chances de encontrá-los.

De posse da listagem dos pacientes em abandono, a pesquisadora principal realizou a caracterização sociodemográfica e clínica desses indivíduos, por meio das informações disponibilizadas no prontuário do serviço. Foram coletadas informações referentes as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, orientação sexual, estado civil, ocupação, renda, município de residência, presença de apoio familiar, abuso de álcool e/ou drogas, tabagista, internação por infecção oportunistas, tempo de diagnóstico, tempo de TARV, tipo de tratamento, necessidade de troca de esquema inicial, comorbidades, relato de falha/abandono anteriores, tempo de abandono de tratamento em meses, último exame de Contagem de linfócitos TCD4+, último exame de carga viral, data da última consulta no serviço de referência e coinfeccões (Apêndice A).

Em conjunto com a equipe de enfermagem do serviço de referência foi elaborada uma lista, que ficou arquivada na instituição, com o nome e o contato telefônico das PVHIV elegíveis que se realizou a busca ativa.

Sendo assim, das 290 pessoas que estavam na lista de abandono de tratamento, foi detectado 41 óbitos, sete registros duplicados (pacientes realizavam tratamento em outro servi-

ço), um registro de exame HIV negativo, seis crianças e duas utilizações da TARV como profilaxia pós-exposição. Das 233 PVHIV passíveis de participarem do estudo, não foi possível contato telefônico com 175, em decorrência do não atendimento ao chamado (17) ou incompletude de registro/ausência do número de telefone (158).

Dos 58 contatos realizados, dois referiram não ter interesse em retornar ao tratamento; quatro agendaram a consulta, mas não compareceram; 26 já haviam retornado ao tratamento, mas a informação não havia sido atualizada no sistema e 26 compareceram à consulta de enfermagem. Destes, dois não aceitaram participar do estudo, mas como os demais, retomaram o tratamento.

As consultas de enfermagem foram realizadas no consultório de enfermagem do serviço, pela pesquisadora principal com o apoio de uma das enfermeiras do ambulatório, sendo respeitadas todas as medidas de sigilo em relação ao diagnóstico. A pesquisadora seguiu o seguinte roteiro para comunicar-se com as PVHIV: “Olá, esse telefone é do senhor(a) X? Sou do Hospital Universitário e ligo em nome da Enfermeira Y, para ter conhecimento do motivo que o senhor(a) não retornou ao hospital. Gostaria de saber se está fazendo acompanhamento em outro serviço de saúde, se sim, qual serviço?”.

Para a realização da consulta de enfermagem foi utilizado um instrumento, elaborado pela pesquisadora principal e as enfermeiras do serviço, contendo variáveis para caracterização sociodemográfica, clínica e laboratorial dos indivíduos. A construção conjunta oportunizou que o instrumento fosse incorporado na rotina do serviço (Apêndice B).

Quando a pessoa relatava que não estava em acompanhamento em nenhum outro local, era feito um convite para realizar uma consulta de enfermagem no serviço e realizar a coleta de exames. Após a consulta de enfermagem e coleta de exames laboratoriais, carga viral e linfócitos TCD4+, a pesquisadora principal fazia o convite para a participação no estudo. Após o aceite, a entrevista era realizada no consultório de enfermagem.

Quando não era a PVHIV que atendia o telefone, seguiu-se o seguinte roteiro: “Olá, este telefone é do senhor(a) X? Sou do Hospital Universitário e ligo em nome da Enfermeira Y. Tem outro telefone que consigo falar com ele(a) ou um melhor horário que possa retornar à ligação?”.

Por sua vez, o segundo momento da pesquisa, foi composto por uma entrevista constituída por questões abertas (Apêndice C), gravadas em mídia de áudio digital. Na ocasião da realização da entrevista foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: Fale-me sobre o que te motivou a abandonar o tratamento e conte-me quais foram os motivos que fizeram você retornar ao tratamento e como a busca ativa influenciou neste processo. Além disso, utilizou-

se um roteiro para caracterização dos participantes com algumas questões de apoio que incluíam as seguintes dimensões: vivências ao longo da doença; compreensão sobre a doença, ações de cuidado com a saúde e fatores que facilitaram e dificultaram o cuidado; motivações que cooperaram para retornar ao tratamento e feitos da busca ativa no processo de cuidado.

A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com duração média de 25 minutos. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, em sala reservada, dentro do próprio serviço.

5.5 Análise dos dados

As características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas foram apresentadas de modo descritivo.

Após a transcrição das entrevistas na íntegra, estas foram submetidas e analisadas segundo o referencial metodológico da análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na pré-análise, foi realizada leitura flutuante e exaustiva das falas para levantar os pontos relevantes frente aos objetivos do estudo. Por conseguinte, ocorreu a codificação, processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades. Na última fase, foi realizada a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com o posterior reagrupamento em função de características comuns, dando origem às categorias (BARDIN, 2016).

5.6 Apreciação ética

O estudo foi desenvolvido considerando-se as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos contempladas pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O projeto foi autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer favorável n. 4.605.804 e CAAE: 42989321.3.0000.0021 (Anexo B). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), e lhes foram garantidos os direitos de livre participação, total sigilo em relação as informações fornecidas, e a possibilidade da participação voluntária a qualquer momento ao longo do estudo.

Antes do início da coleta de dados, foram esclarecidos os objetivos do estudo. A confidencialidade e anonimato das entrevistas foram garantidos. Identificou-se os enunciados dos

artigos 1 e 2 com as letras M para masculino e F para feminino, seguida pela numeração correspondente à ordem cronológica da realização das entrevistas, o tempo de diagnóstico, e o número de dias referente ao abandono de tratamento. Estes cuidados foram adotados para preservar a vida privada, a imagem de cada paciente e garantir o registro autêntico dos relatos e outras informações obtidas.

Devido ao momento de pandemia de COVID-19 as medidas de prevenção seguiram as recomendações do Ministério da Saúde, segundo as normas de biossegurança no momento que a pesquisa foi realizada.

6 RESULTADOS

Os resultados do estudo estão apresentados em forma de dois artigos científicos. Cada um dos artigos consta os resultados respectivamente de cada objetivo específico.

6.1 Artigo 1

O ENFRENTAMENTO DO HIV NA PERSPECTIVA DE PESSOAS QUE ABANDONARAM O TRATAMENTO

RESUMO

Objetivo: Identificar se a compreensão de pessoas que vivem com HIV e abandonaram o tratamento interfere no modo como enfrentam a doença. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado nos preceitos teóricos do modelo de atenção às condições crônicas. Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2021, mediante entrevistas com 24 pessoas cadastradas em um serviço especializado no Centro-Oeste brasileiro. **Resultados:** o enfrentamento da condição crônica incluiu altos e baixos no cuidado com a saúde influenciado pelo modo com que a rede de apoio e de serviço de saúde se organizava. O abandono do tratamento foi motivado pela ausência de sinais e sintomas, pelo modo como o cuidado era ofertado e os medicamentos dispensados e efeitos colaterais causados por eles. **Considerações finais:** algumas lacunas existentes na rede de assistência e que são passíveis de intervenção, podem influenciar a continuidade do tratamento.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Tratamento; Doença Crônica; Continuidade da Assistência ao Paciente.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Therapeutics; Chronic Care; Continuity of Patient Care.

Descriptores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Terapéutica; Enfermedad Crónica; Continuidad de la Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização Mundial da Saúde apontaram 38 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em 2019⁽¹⁾. No Brasil, entre 2007 e 2020, foram notificados, aproximadamente, 342.459 casos novos de infecção pelo vírus, com maior frequência na região Sudeste (44,4%) e menor na região Centro-Oeste (7,6%)⁽²⁾.

Os avanços nas estratégias de tratamento/acompanhamento a essa população contribuíram para a melhora dos resultados clínicos e o aumento da sobrevida das PVHIV⁽³⁾. Ademais,

a adesão à terapia antirretroviral (TARV) proporciona benefícios à qualidade de vida e fortalece a vinculação e a retenção da PVHIV no serviço de saúde⁽⁴⁾. Contudo, com o aumento da expectativa de vida dessa parcela da população surgiram novos obstáculos, como por exemplo, o manejo dos eventos adversos da terapia no longo prazo, as complicações na saúde de pessoas que envelheceram com a doença, a manutenção dos princípios éticos e de direito à saúde, além da consideração de fatores sociais e econômicos que podem influenciar o convívio com a doença e seu manejo. Dessa maneira, o cuidado a essas pessoas não se restringe à dispensação da TARV, envolve o manejo da complexidade de fatores determinantes de uma condição crônica⁽⁵⁾.

As condições crônicas impõem desafios assistenciais constantes, em especial no que concerne à necessidade de cuidado integral e continuado nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽⁶⁾. Assim, torna-se importante a transformação do modelo assistencial centralizado de cuidado para um modelo descentralizado⁽⁷⁾. Isto posto, selecionou-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como base conceitual para o presente estudo, pois o mesmo considera as especificidades da cronicidade e as condições de adoecimento, os contextos relacionados e interrelacionados nesse processo, e também a pessoa, sua família, a rede de apoio social, as redes de atenção à saúde, os serviços, os profissionais, a gestão e as políticas⁽⁸⁾.

Cabe destacar que a adesão às ações de cuidado e manutenção do tratamento é permeada de desafios. Embora existam estratégias de estímulo à adesão à TARV e à manutenção do acompanhamento, o abandono de tratamento – não comparecimento ao serviço por três meses para retirar a TARV ou o não retorno às consultas por período maior que seis meses⁽⁹⁾ – por essa população ainda constitui um problema prevalente e que necessita de enfrentamento⁽¹⁰⁾.

No Brasil, estudo realizado no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento, referência em atendimento de PVHIV no estado do Amapá, identificou como principais causas de abandono de tratamento a existência de problemas mentais (depressão), a falta de uma rede social de apoio e a dificuldade para ir ao serviço de saúde. Também constatou que, frequentemente, esses componentes interagem entre si⁽¹¹⁾.

Contudo, questiona-se: Qual é a compreensão das PVHIV sobre a doença? Esta compreensão influencia o abandono do tratamento? Que outros fatores interferem nesse abandono? Acredita-se que os resultados do estudo poderão direcionar as ações de cuidado às PVHIV, inclusive inserindo aspectos psicossociais na abordagem utilizada junto às mesmas durante o acompanhamento, o que poderá resultar em melhoria em suas condições de saúde.

OBJETIVO

Identificar se a compreensão que as pessoas que vivem com HIV e abandonaram o tratamento interfere no modo como enfrentam a doença.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo atendeu aos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e para preservar o anonimato as falas foram identificadas com as letras H e M para designar homens e mulheres, seguidas de um primeiro número indicativo da idade do participante, um segundo referente ao tempo de diagnóstico e o tempo de abandono de tratamento em dias. Exemplo: M23, 13 anos de diagnóstico, 199 dias de abandono.

Referencial teórico metodológico

Os resultados foram interpretados e discutidos à luz do Modelo de Atenção às Condições Crônicas⁸.

Tipo de estudo

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido no ambulatório de doenças infecto parasitárias, de um hospital de referência localizado na região Centro-Oeste do Brasil e que utilizou os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹²⁾.

Procedimentos metodológicos

Para localizar os possíveis participantes solicitou-se ao farmacêutico do serviço uma cópia da listagem gerada pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) dos pacientes em abandono. A pesquisadora principal, inicialmente, realizou uma busca nominal no sistema de vigilância epidemiológica do serviço para identificar se existia registro de óbito e, após, consultou o prontuário eletrônico de todos os pacientes que permaneceram na relação para levantamento dos contatos telefônicos. Posteriormente, foram realizadas até três tentativas de contato em dias e horários alternados, numa tentativa de ampliar a taxa de sucesso. Dos 290 indivíduos em abandono, constatou-se a presença de 41 óbitos, sete registros duplicados (pacientes realizavam tratamento em outro serviço), um registro de exame HIV negativo, seis crianças, e, duas pessoas utilizaram a TARV como profilaxia pós-exposição. Das 233 PVHIV passíveis de participar do estudo, não foi possível contato telefônico com 175

delas, em decorrência do não atendimento ao chamado (17) ou incompletude de registro/ausência do número de telefone (158).

Durante o contato telefônico, a pesquisadora principal confirmava se o paciente estava em abandono de tratamento e, em caso positivo, tentava agendar uma consulta de enfermagem como estratégia para retorno do usuário ao serviço. Dos 58 contatos realizados, dois referiram não ter interesse em retornar ao tratamento; quatro agendaram a consulta, mas não compareceram; 26 já haviam retornado ao tratamento, mas a informação não havia sido atualizada no sistema; e 26 compareceram à consulta de enfermagem. Destes, dois não aceitaram participar do estudo, mas como os demais, retomaram o tratamento.

A consulta de enfermagem foi realizada pela pesquisadora principal, com apoio de uma das enfermeiras do serviço de saúde. Após o seu término era feito o convite para participar da pesquisa. No caso de aceite, a entrevista individual era realizada no mesmo dia e local, após assinatura do TCLE.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de um hospital de referência estadual para HIV/aids, hepatites virais e outras doenças infecciosas e parasitárias, que também funciona como retaguarda para o ambulatório e enfermagem de infectologia do Hospital Universitário. Por ocasião da coleta de dados o hospital, contava com nove leitos de internação não convencionais (internação dia) que permite tratamento e avaliação diária dos pacientes com HIV/aids clinicamente estáveis.

A média de atendimentos é de 60 pacientes por semana, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. Diariamente, são disponibilizadas, em média, 12 consultas médicas com infectologista. Também atuam no serviço enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e acadêmicos voluntários da área da saúde (medicina, enfermagem).

Fonte de dados

Foram incluídos no estudo PVHIV maiores de 18 anos, em abandono de tratamento. Por sua vez, foram excluídos indivíduos privados de liberdade.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2021 mediante entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com duração média de 25 minutos, as quais foram guiadas pela seguinte questão norteadora: Fale-me sobre o que te motivou a abandonar o tratamento.

Durante as entrevistas foi utilizado um roteiro constituído por questões de caracterização dos participantes e algumas questões de apoio que abordaram: vivências ao longo da doença; compreensão sobre a doença, ações de cuidado com a saúde e fatores que facilitaram e dificultaram o cuidado.

O número de participantes foi definido pelo critério de exaustão, ou seja, todas as PVHIV que aceitaram participar foram incluídas. Para o encerramento das entrevistas também considerou-se o alcance do objetivo proposto.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia de sua realização, e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as três etapas propostas⁽¹³⁾. Na pré-análise foi realizada leitura flutuante e exaustiva das falas para listar os pontos relevantes frente aos objetivos do estudo. Na exploração do material, ocorreu a codificação, processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados nas seguintes unidades: cuidados com a saúde, rede apoio, mudanças após o diagnóstico, descontinuidade no tratamento, motivos que ocasionaram o abandono. Por último, os códigos foram agrupados de acordo com suas semelhanças e deram origem a três categorias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 24 PVHIV, com distribuição igual entre os sexos. A idade variou de 23 a 63 anos (média de 37,9 anos), sendo 18 residentes na capital do Estado e seis procedentes de municípios do interior. Dos 24, seis eram negros, 13 pardos, quatro brancos e um amarelo. Apenas três tinha ensino superior completo; sete tinham, no máximo, o Ensino Fundamental completo, e os demais possuíam Ensino Médio completo (14). Dois eram aposentados, duas eram do lar, e os demais exerciam atividades diversas. Em relação ao estado civil, oito tinham companheiros, 13 eram solteiros, dois eram viúvos e uma divorciada.

Da análise dos dados emergiram duas categorias, as quais serão descritas a seguir.

Enfrentando a doença: mudanças ocorrem no início... mas nem sempre se perpetuam

Dentre as mudanças ocorridas no contexto de vida das PVHIV, os participantes destacaram que logo após o diagnóstico adotaram cuidados específicos com a saúde e hábitos saudáveis:

Mudei a alimentação, você tem que tomar os remédios no horário certo, você tem que estar em dia com exames, com consultas, com tudo, vacina, você tem que estar com tudo em dia. (H5, 7 anos de diagnóstico, 307 dias de abandono)

Eu jogava bola, pedalava, saía, diminuí a bebida, outra coisa que eu mudei bastante foi em relação a minha vida, minha rotina mudou muito em relação a cuidar mais do sono e do corpo, eu me preocupava mais a não abusar. A gente vai ficando mais velho... e com essa doença a resistência cai. (H22, 23 anos de diagnóstico, 226 dias de abandono)

Contudo, os relatos mostram que esses comportamentos, às vezes, não se sustentaram ao longo do tempo:

Hoje não cuido nada em mim, estou comendo só bobeira, bebendo demais, está bem complicado hoje em dia minha alimentação, mas eu já me cuidei bem. [...] No começo eu me importei bastante. (H1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)

Os relatos também mostram as dificuldades experienciadas em relação à manutenção de atividades que validam o papel das pessoas na sociedade, em especial o trabalho:

Minha filha falava: “mãe, a gente sabe que não é transmitido assim”. Eu não tinha nada que ia contaminar o alimento, nenhuma ferida, nem nada que ia transmitir. Mas eu deixei de fazer os salgados para vender, porque eu achei que estava colocando em risco a vida de outras pessoas, talvez seja por isso que eu deixei de trabalhar, e acabei ficando deprimida. (M8, 5 anos de diagnóstico, 119 dias de abandono)

Quando a pessoa vive com HIV é complicado a sociedade aceitar para trabalhar. Olha, eu mesmo que já não quis mais porque é uma sensação ruim você procurar serviço e ter que falar que é portadora do vírus, é muito ruim. (M20, 3 anos de diagnóstico, 182 dias de abandono)

Implicitamente, os entrevistados revelam uma compreensão da doença como uma condição crônica:

Eles (profissionais do serviço) me trataram como uma doença qualquer, no sentido de precisar de tratamento, acompanhamento médico, me perguntavam se eu estava tomando o remédio, sempre tinham esse cuidado. (H4, 6 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

Aqui é mostrado que sim, que dá pra ter uma vida normal, uma vida saudável, mesmo com diagnóstico positivo. (M14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)

As mudanças que ocorreram após o diagnóstico da doença nem sempre permaneceram, e embora os entrevistados compreendam que a condição crônica exige cuidados ao longo do tempo, destacaram questões rotineiras como influentes para enfrentar a doença.

Fatores que influenciam o enfrentamento da doença

Os relatos incluídos nesta categoria destacam as estratégias e/ou fatores que ajudaram as PVHIV em estudo a enfrentar a doença, por exemplo, a percepção de acolhimento, seja na igreja ou no próprio serviço de saúde:

Fui acolhido dentro da igreja, o meu tratamento psicológico foi mais dentro da igreja do que no consultório mesmo. Eles (equipe da igreja) abriram uma outra aba para atender eu e várias outras pessoas, e começou um projeto bem legal. (H2, 3 anos de diagnóstico, 621 dias de abandono)

Eu me senti cuidado, sempre foram muito tranquilos, carinhosos, cuidadosos para estar falando sobre o assunto e nunca fizeram eu me sentir ruim pra falar algo nesse sentido, então eu fico um pouco mais à vontade. (H4, 6 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

A forma do atendimento de cada pessoa aqui, eu acho que por mais que a gente erre em abandonar o tratamento e volte depois de um tempo, o jeito que a gente é tratado aqui continua sendo o mesmo, nada muda. (M24, 3 anos de diagnóstico, 121 dias de abandono)

E a existência de uma gravidez:

Eu queria sumir (risos), mas eu lembrei que ele (filho) ainda estava na barriga, eu tinha que ser mais forte por ele. (M15, 5 anos de diagnóstico, 391 dias de abandono)

E o fato de poder ajudar ou ser exemplo para outras pessoas:

Essa troca de ajudar e ser ajudado é bem bacana, pois foi o que me ajudou também. (H2, 3 anos de diagnóstico, 621 dias de abandono)

Eu tenho um amigo que se tornou positivo e ele disse “amigo, eu só tive essa reação que eu tive hoje, porque eu conheço você e sei que dá para viver com o vírus”. (H19, 6 anos de diagnóstico, 305 dias de abandono)

Portanto, as estratégias adotadas pelos participantes da pesquisa podem atuar como instrumentos para aliviar os medos, angústias, fragilidades e conflitos, além de constituírem possibilidade para favorecer o enfrentamento da doença.

Fatores influentes no abandono do tratamento

Os relatos incluídos nesta categoria demonstram que a ideia de bem-estar causada pela ausência de sinais e sintomas influenciou a descontinuidade do tratamento:

Eu estava sem tomar remédio, mas não tinha nada e não tinha nem necessidade de vir. Eu estava bem, pensei se estou bem então está bom. (H12, 4 anos de diagnóstico, 148 dias de abandono)

Ah, abandonei esses tempos atrás, na verdade, foi desleixo de não ir mesmo, como eu não senti nada fiquei vendo até quando eu aguentava, me sentindo tranquilo (risos). (H13, 8 anos de diagnóstico, 500 dias de abandono)

Destacaram ainda que a falta de “apoio” e incentivo de pessoas próximas também podem desmotivar a continuidade do tratamento:

O que me fez abandonar foi essa falta de ter alguém me cobrando, eu sei que o interesse principal é meu, porque a saúde é minha, ninguém vai ficar no meu pé até eu morrer, mas assim a gente sente falta de alguém para dar um empurrãozinho. (H1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)

E também a quebra de vínculo com profissionais da saúde:

Eu fazia tratamento com uma médica e ela mudou daqui, depois que ela mudou eu tive muita dificuldade de continuar meu tratamento, ela já era amiga eu já tinha confiança, ela já era da família, tinha aquele vínculo e confiança até porque ela falava de um jeito sem cobrança e sem acusar. (H22, 23 anos de diagnóstico, 226 dias de abandono)

Ou as dificuldades no deslocamento até o serviço especializado:

Abandonei por causa do transporte... eu morava na fazenda, então eu tinha que ir para cidade dormir e esperar o carro para vir, mas eu não tinha lugar para ficar. (M3, 8 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

Outros dois aspectos relacionados ao serviço foram apontados como influentes negativos para a continuidade do tratamento: a) o despreparo dos outros pontos da rede de atenção à saúde, que não o serviço especializado:

Um outro serviço que fui parecia que eles tinham vergonha da gente, no atendimento, parecia que não queriam, eles atendiam como se a gente fosse qualquer pessoa, qualquer tipo de doença, e não é. (M3, 8 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

Se falar para eu ir em UPA em vez de vir aqui, porque é mais perto, eu vou continuar a vir aqui. Porque se for para fazer algum acompanhamento lá, não vou. Se tiver algum problema eu prefiro vir aqui, marcar consulta e voltar outro dia, mas em outro lugar eu não vou. (H5, 2 anos de diagnóstico, 307 dias de abandono)

E b) a dificuldade de acesso ao serviço especializado, devido à restrição no horário de funcionamento ou na sua forma de organização:

Acho que daria para facilitar para a gente que mora fora e liberar a medicação de uma vez. Porque esse negócio de vir todo mês pegar medicação, para quem mora fora, é complicado. (M3, 8 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

Eu já passei muito constrangimento por ter que ficar esperando e enfrentar uma fila enorme... Falavam: já passou do horário, chegava 7:30h porque eu tenho meus tramos e minhas coisas pessoais e falavam "ah, moço, já encerrou a consulta, tem que voltar amanhã" "ah, não tem vaga, está tudo preenchida" e aí é onde você acaba não passando pelo médico, não pegando sua medicação e não fazendo tratamento. Isso aí incentiva muito a paciente desistir do tratamento, eu passei por isso e já aconteceu de eu desistir do tratamento de lá por passar por esses problemas dentro do hospital. Se você não marcar consulta não passa pelo médico, se não passar pelo médico ou enfermeiro não pega medicação. (H23, 13 anos de diagnóstico, 199 dias de abandono)

Os efeitos colaterais dos medicamentos da TARV também foram apontados como motivo para a descontinuidade do tratamento:

Já foram três vezes que eu parei de fazer o tratamento, eu passava mal principalmente por causa dos efeitos colaterais dos medicamentos, tinha vômito, fraqueza e falta de apetite. Eu emagrecia, me sentia muito mal, aí eu largava o tratamento e voltava a me sentir melhor. Ai como eu estava sem sintomas, me sentia bem como se não tivesse nada. (M7, 17 anos de diagnóstico, 326 dias de abandono)

Por fim, considerando-se o contexto no qual os dados foram coletados, o receio de contaminação desencadeado pela pandemia da COVID-19 também foi apontado como motivo para abandonar o tratamento:

Eu ficava com medo de vir porque o hospital está cheio de COVID, esse povo morrendo, aí eu fiquei com medo de vir. (M10, 10 anos de diagnóstico, 1249 dias de abandono)

Os relatos desta categoria destacam aspectos importantes relacionados com a organização dos serviços como fatores influentes no abandono de tratamento.

DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa entendem a necessidade de cuidado contínuo com a saúde em relação a alimentação saudável, não ingestão de bebida alcoólica e necessidade de realizar atividades físicas. Contudo, ao longo do tempo fatores como a sensação de bem estar, ausência de sinais e sintomas, falta de rede de apoio, a quebra de vínculo com o serviço de saúde e a dificuldade de acesso para realização do tratamento, favoreceram o abandono do tratamento e a não manutenção dos cuidados com a saúde.

Desta maneira, os participantes do presente estudo referiram que, após o diagnóstico, adotaram alguns comportamentos que favoreciam o cuidado em relação à sua própria saúde. Embora as PVHIV experimentem estágios conflitantes com o diagnóstico, a vontade de viver pode constituir fator de motivação para mudança de comportamento e resiliência⁽¹⁴⁾.

Cabe salientar que a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das PVHIV vai além do tratamento medicamentoso, e envolve mudanças nos hábitos alimentares e comportamentais, estímulo à autogestão e autonomia, construção de um plano de cuidado integral, comunicação efetiva, continuidade nas consultas de acompanhamento e realização de exames⁽¹⁵⁾. A adesão ao tratamento perpassa o tratamento com medicamentos e engloba o suporte social, fatores psicológicos, o estigma da doença, o tempo de tratamento, a dose de medicamento diária, entre outros⁽¹⁶⁾.

Para as pessoas que vivem uma condição crônica, a rotina diária demanda a necessidade de envolvimento em ações de autocuidado, a fim de postergar a progressão da doença e melhorar os resultados de saúde em longo prazo⁽¹⁶⁾. Entretanto, observam-se dificuldades relacionadas à manutenção das mudanças voltadas ao autocuidado no longo prazo⁽¹⁷⁾. Frente a isso, é preciso repensar as práticas de cuidado oferecidas às PVHIV nos diferentes pontos da RAS, pois a necessidade de mudança de comportamento frente à condição crônica deve contemplar ações conjuntas entre os profissionais e usuários que visem ao fortalecimento do autocuidado.

Ademais, as estratégias e fatores que interferem positivamente no cuidado integral e continuado, entre as quais o estabelecimento de vínculo, favorecem a atenção longitudinal e possibilitam o reconhecimento precoce das reais necessidades do indivíduo. Isso coloca os profissionais de saúde em posição de prontidão para estimular a mudança de comportamento e apoiar a manutenção das ações ao longo do tempo⁽¹⁸⁾. Estudo realizado no Paraná destacou a

importância de consolidar o vínculo entre profissional e usuário e o acolhimento mesmo após o abandono do tratamento⁽¹⁹⁾, considerando-os determinantes para melhorar a adesão, retenção e a vinculação da PVHIV aos serviços da RAS.

Observou-se, nos resultados, que o abandono de ações cotidianas, por exemplo, a manutenção de atividades laborais, é influenciado pelo medo de vivenciar o estigma e o preconceito nos ambientes de trabalho. Estudo realizado no Zimbabué, com adolescentes que vivem com HIV, apontou que viver com receio do estigma da doença contribui, negativamente, para a qualidade de vida dessas pessoas⁽²⁰⁾. Frente a isso, o reconhecimento dessas experiências é essencial no gerenciamento da condição crônica, pois direcionam o estabelecimento de intervenções que consideram os determinantes sociais na promoção da saúde⁽¹⁶⁾.

Embora cada indivíduo possua suas particularidades em relação ao enfrentamento de uma condição crônica, a busca por apoio na religião foi constatada como importante estratégia adotada nesse processo. Esses achados corroboram resultado de um estudo realizado com 48 idosos soropositivos de Recife, PE, que ratificou a contribuição da presença de uma religião e/ou a busca de apoio em instituições religiosas para o fortalecimento dos aspectos psicológicos e emocionais, além da promoção de maior aceitação na adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾.

Outras estratégias podem contribuir para minimizar as dificuldades que permeiam a cronicidade da doença, por exemplo, a compreensão de que o HIV é uma doença tratável e não uma sentença de morte⁽²¹⁾, e o estreitamento de laços e vínculos de amizade criados a partir da troca de experiências em relação à vivência entre PVHIV⁽²²⁾. Tais ações visam atuar como instrumentos para aliviar os medos, as angústias, fragilidades e conflitos e, consequentemente, podem impactar positivamente na adesão ao tratamento.

Percebe-se que pessoas que vivem em condição crônica podem não reconhecer a necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso contínuo em decorrência da ausência de sinais e sintomas⁽²³⁾. O acompanhamento das PVHIV precisa ser permeado de ações estratégicas que favoreçam a compreensão delas quanto às repercussões da condição crônica se não houver o devido tratamento, pois a condição crônica, em especial a do HIV, vai muito além de um composto de sinais e sintomas; envolve aspectos sociais, culturais e subjetivos.

Outro motivo de abandono do tratamento destacado pelos participantes foi a ausência de uma rede de apoio. Estudo de revisão de literatura aponta que PVHIV que possuem uma rede consolidada são mais confiantes, perseverantes, aderem melhor ao tratamento e aceitam o diagnóstico com maior facilidade. Do mesmo modo, quando essa rede é fragilizada ocorrem falhas no processo terapêutico, há abandono de tratamento, declínio da condição de saúde física e mental, às vezes, responsáveis pelo aumento da replicação viral e pelo aparecimento

de doenças oportunistas⁽²⁴⁾. Nesse sentido, destaca-se a importância da identificação e mapeamento dessa rede durante a consulta de enfermagem a fim de incluí-la nas ações estratégicas de cuidado.

Observou-se que a dificuldade de utilizar outros serviços que compõem a RAS, em decorrência do modo com que são abordados, e pela falta de acolhimento, foi fator destacado como influente para a não manutenção do tratamento. No entanto, a restrição do atendimento à atenção especializada resulta em sobrecarga para esses serviços, além de limitar a assistência à condição crônica que demanda cuidado integral e singular dispensado pelos diferentes pontos da RAS.

Nesse contexto, as ações de descentralização do cuidado para outros pontos da rede, que envolve, além do diagnóstico, ações de cuidado longitudinais e integrais no acompanhamento da PVHIV, constitui a oportunidade de os serviços responderem às demandas crescentes dessa população⁽²⁵⁾. Contudo, estudo realizado em Recife, PE, apontou que, por se tratar de um processo recente para a Atenção Primária à Saúde (APS), a descentralização do cuidado para essa parcela populacional gera insegurança, o que, às vezes, limita o processo de trabalho para a realização do teste rápido⁽²⁶⁾. Desse modo, ressalta-se a necessidade de propiciar discussões compartilhadas entre os diferentes membros da equipe e gestão para fortalecer as ações estratégicas de descentralização do cuidado, a fim de contornar as lacunas identificadas previamente nesse processo. Além é claro de um melhor preparo dos profissionais que atuam nestes diferentes pontos para este atendimento.

Por sua vez, estudo realizado em Porto Alegre, RS, com profissionais de três equipes de Estratégia Saúde da Família, destacou as potencialidades que o processo de descentralização pode acarretar, dentre as quais: maior sensibilidade das equipes da APS em relação aos dados epidemiológicos, ampliação do acesso ao acompanhamento da condição de saúde e doença desses pacientes, lógica de trabalho orientada pelos princípios do SUS e da saúde da família e ampliação da participação da comunidade⁽²⁷⁾. Assim, embora permeado por algumas lacunas, o processo de descentralização do cuidado às PVHIV constitui uma oportunidade de ampliar o acolhimento e a vinculação desses indivíduos aos serviços de saúde, mas necessita de investimento em tecnologias leves que favoreçam o fortalecimento das relações entre equipe e usuários.

Vale ressaltar que uma das propostas do MACC é a atuação multiprofissional sobre o entendimento do autocuidado para o manuseio dos fatores que dificultam a adesão do tratamento, sendo assim a participação de uma equipe que possui suas funções esclarecidas, é primordial. A realização da consulta programada com vários profissionais, individual ou em

grupo, guiada pela identificação das necessidades e planejamento de ações específicas pode possibilitar resultados que contribuem para o bem estar da PVHIV⁽⁸⁾.

As dificuldades relacionadas ao fluxo assistencial na RAS também corroboram o resultado de estudo realizado em Fortaleza, CE, ao revelar que a dificuldade de acesso é considerada um fator desencorajador e associado à descontinuidade do tratamento⁽²⁸⁾. Contudo, um elemento importante a ser explorado no processo de educação para o autocuidado junto aos indivíduos com condição crônica é a importância das mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, torna-se necessário que os indivíduos reconheçam que o acesso ao serviço de saúde vai além da retirada do medicamento e realização da consulta médica, pois envolve ações de acompanhamento contínuo.

É inquestionável que a adesão à TARV é um fator fundamental na supressão total da replicação viral e na promoção da qualidade de vida, porém, ainda existem obstáculos voltados aos efeitos colaterais. Nesse sentido, no intuito de minimizar esses impactos, pesquisa realizada na Costa do Quênia, com 49 adultos e jovens que vivem com HIV, apontou que modelos de tratamentos inovadores como a TARV injetável possibilitam a redução dos efeitos colaterais, e, conseqüentemente, do abandono de tratamento⁽²⁹⁾.

Ademais, cabe destacar que a utilização de ferramentas propostas pelo MACC, como a estratificação de risco, auxilia a identificar as especificidades e demandas⁽³⁰⁾ e pode constituir uma possibilidade para flexibilizar os fluxos preestabelecidos, pois organiza a oferta assistencial a partir do estrato de risco. Sua utilização pelos profissionais da APS no acompanhamento de outras condições crônicas, como a hipertensão, favoreceu o desenvolvimento do cuidado integral individualizado⁽³⁰⁾.

Embora não haja, na literatura, critérios para estratificação de risco das PVHIV validados, estudo realizado no estado da Paraíba apresenta proposta de critérios que podem ser utilizados para classificação clínica do risco em PVHIV⁽³¹⁾. Ademais, fatores sociais e econômicos também necessitam ser considerados, situação empregatícia e a classe econômica, ou seja, pessoas que tem um emprego ou são autônomas apresentam risco médio clínico dentro da classificação de risco referente aquelas das classes C e D e baixo poder econômico e escolaridade⁽³¹⁾.

Situações de emergência em saúde pública, como a pandemia causada pelo coronavírus, constitui fator que limita o acesso aos serviços de saúde por parte da grande maioria da população, seja em decorrência de imposição do serviço ou por medo da própria pessoa. No tocante às pessoas com condições crônicas, a assistência foi interrompida porque os profissionais precisaram reestruturar a dinâmica do serviço, considerando a barreira de transmissão do

vírus do COVID-19 e a redução dos riscos à população⁽³²⁾. Desse modo, embora o cenário seja de situações excepcionais, destaca-se a importância do olhar atento das equipes de saúde para a criação precoce de novos mecanismos que favoreçam a manutenção do atendimento às PVHIV, a fim de prevenir o abandono do tratamento e o surgimento de complicações futuras.

Nesse contexto, torna-se premente o investimento das equipes de saúde na mudança de comportamento e na alfabetização sanitária, que declara a capacidade da pessoa de obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que facilita tomar decisões frente a saúde, ou seja, induz na habilidade da coparticipação do cuidado à saúde⁽⁸⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se, como limitação, a dificuldade de contatar com todos os pacientes da lista de abandono em decorrência da desatualização de dados cadastrais e da falta de integração entre os sistemas do serviço especializado e da vigilância epidemiológica.

Contribuições para a área da Enfermagem e Saúde

Acredita-se que os resultados desta pesquisa apresentem contribuições significativas para a enfermagem e equipe de saúde, tanto no âmbito dos serviços de atenção especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento quanto na Atenção Primária. Isso porque possibilitaram a identificação de fragilidades que podem influenciar a adesão e a manutenção do tratamento. Assim, elucida-se a necessidade de reflexões direcionadas ao modo com que a rede se organiza, em especial ao pensar sobre o processo de descentralização da assistência a essas pessoas, e as ferramentas utilizadas na prática para estratificar, reconhecer, acolher, vincular, reter e assim contribuir com uma assistência integral e contínua.

Ademais, a realização da busca ativa das PVHIV que abandonaram o tratamento, por contato telefônico, por exemplo, é uma estratégia que pode ser adotada na rotina dos serviços, porque muitos dos fatores identificados, ao longo do percurso percorrido pelas PVHIV, e considerados influentes para o abandono do tratamento são passíveis de intervenção pelas ações da equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a percepção de PVHIV sobre o em abandono de tratamento possibilitou a identificação de lacunas assistenciais que podem influenciar a adesão, vinculação e retenção dos pacientes ao tratamento e às ações de cuidado. Torna-se necessário, durante o planejamento das ações, a abordagem junto aos pacientes quanto à importância de a mudança de comportamento ser duradoura, em especial por se tratar de uma condição crônica. Ademais,

após identificar os fatores que auxiliam a enfrentar essa cronicidade, esses fatores podem ser utilizados como potencializadores das ações de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020. HIV Aids Bol Epidemiológico. 2020; 68 p.
3. Clutter, DS, Jordan MR, Bertagnolio S, Shafer RW. HIV-1 Drug Resistance and Resistance Testing. *Infect Genet Evol.* 2016; 46(1), 292–307. doi:
4. Pimentel GS, Ceccato MGB, Costa JO, Mendes JC, Bonolo PF, Silveira MR. Quality of life in individuals initiating antiretroviral therapy: a cohort study. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 9]; 54(0): 146. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/180883>
5. Cardoso MAS, Mugnol T, Dos Santos JM, Sperling GS, Diefenthaler LV, Garlet MA, et al. Perfil e qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV. *Holos.* 2021;37 (3): 1-16. doi: <https://doi.org/10.15628/holos.2020.10174>
6. Viana, AL, Bousquat A, Melo GA, Filho NA, Medina MG. Regionalization and Health Networks. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 5];23(6):1791-1798. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972487/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica – guia para gestores. 2014; 8 p.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS; 2012. [cited 2021 out 31]; 512 p. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidadocondicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota técnica N°. 208/09.
10. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 20];41(113):526-538: Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qTKTctQZSKQKpDg8bfNJ6fQ/abstract/?lang=pt#>
11. Mello CJF de A, Amaral JCS do, Costa M da S, Cavalcante M de NM, Rêgo NM de S, Silva LMR da, Amaral RR do. Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. REAS [Internet]. 26jun.2020 [citado 2021 oct 15];12(8):e3423. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3423>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(suppl 6):349-357. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.

14. Pinto MQC, Martins TCR, Mendonça JMG, Costa SM, Sampaio CA. Health from the perspective of people with HIV/Aids: a phenomenological view. *Temas em saúde* [Internet]. 2019 [cited 2021 sept 4];19(3):484-496. Available from: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19328.pdf>
15. Brandão BMGM, Angelim RCM, Marques SC, Oliveira RC, Abrão FMS. Living with HIV: coping strategies of seropositive older adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03576. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027603576>
16. Havas K, Douglas C, Bonner A. Closing the loop in person-centered care: patient experiences of a chronic kidney disease self-management intervention. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11: 1963-1973. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S147831>
17. Bhandari B, Narasimhan P, Vaidya A, Subedi M, Jayasuriya R. Barriers and facilitators for treatment and control of high blood pressure among hypertensive patients in Kathmandu, Nepal: a qualitative study informed by COM-B model of behavior change. *BMC Public Health*. 2021; 1524. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11548-4>
18. Vaz EMC, Collet N, Cursino EG, Forte FDS, Magalhães RKBP, Reichert APS. Care coordination in Health Care for the child/ adolescent in chronic condition. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2612-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>
19. Furlan MCR, Júnior AGS, Marcon SS. Relationships with the health professional in the treatment of tuberculosis: patients' perception. *Rev Enf Centro-Oeste Mineiro* 2017; 7: e1934 doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1934>
20. Jimu Christopher, Kaymarlin Govender, Roselyn Kanyemba & Marie-Jeanne Offosse Ngbesso. Experiences of intimate relationships, stigma, social support and treatment adherence among HIV-positive adolescents in Chiredzi district, Zimbabwe. *African Journal of AIDS Research*. 2021; 20(3): 214-223. doi: <https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1979059>
21. Russell S, Martin F, Zalwango F, Namukwaya S, Nalugya R, Muhumuza R, et al. Finding Meaning: HIV Self-Management and Wellbeing among People Taking Antiretroviral Therapy in Uganda. *Plos One*. 2016. 11(1): e0147896. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147896>
22. Ferreira DC, Darmont MQR. Grupo de jovens de transmissão vertical vivendo com HIV/AIDS: a construção de um espaço de sociabilidade na tecedura de uma rede de proteção social. *Revista Humanidades e Inovação* [Internet]. 2021 [2021 oct 20];8(39): 199-211. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5752>
23. Ferreira, J. Chronic noncommunicable diseases and dilemmas of care: the theory of negotiated order revisited. *Saúde Soc*. 2020;29(4): e190149. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190149>
24. Nascimento AMV, Santos CAO, Santos DD, Medeiros MK, Fagundes GRS, Pereira BS, et al. Support network for homosexuals living with HIV / AIDS: An integrative review. *Research, Society and Development*. 2020;9(10): e4279108792. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8792>
25. Melo EA, Maksud I, Agostini R. HIV/Aids management at the primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System? *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e151. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>
26. Lima MCL, Pinho CM, Silva MAS, Dourado CARO, Brandão BMGM, Andrade MS. Perception of nurses about the decentralization process of HIV/Aids care: rapid test. *Esc. Anna. Nery*. 2021;25(4):1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428>

27. Zambenedetti G, Silva Ran. Decentralization of health care to HIV-AIDS for primary care: tensions and potentialities. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016;26(3):785-806. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
28. Teixeira CP, Guilam MCR, Machado MFAS, Gomes MQ, Almeida PF, et al. Atenção, Educação e Gestão: Produções da Rede Profsaúde. Associação Brasileira da Rede UNIDA. [Internet] 2020 [cited 2021 nov 5]: 252 p. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Atencao-Educacao-e-Gestao-Producoes-da-Rede-Profsaude-volume-2.pdf>
29. Simoni JM, Beima-Sofie K, Wanje G, Mohamed ZH, Tapia K, McClelland RS, et al. “Lighten This Burden of Ours”: Acceptability and Preferences Regarding Injectable Antiretroviral Treatment Among Adults and Youth Living With HIV in Coastal Kenya. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 2021;20. doi: <https://doi.org/10.1177/23259582211000517>
30. Mendez RDR, Santos MA, Wysocki AD, Ribeiro BDAB, Stauffer LF, Duarte SJH. Cardiovascular risk stratification among hypertensive patients: the influence of risk factors. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(4):1985-91. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0528>
31. Leadebal ODCP, Medeiros LB, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira JA. Classification of clinical risk in people with AIDS followed up in specialized care. *Rev Bras Enferm*. 2017;71(5):1235-42. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0559>
32. Parente JS, Azevedo SL, Moreira LFA, Abreu LM, Souza LV. O impacto do isolamento social na pandemia COVID-19 no acesso ao tratamento do HIV e serviços de prevenção. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021;10(1): e28110111692. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11692>

6.2 Artigo 2

RETORNO AO TRATAMENTO DE HIV APÓS BUSCA ATIVA: SUBSÍDIOS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

RESUMO

Objetivos: Conhecer o estado da infecção pelo HIV antes e depois do abandono de tratamento, bem como, a percepção das PVHIV sobre o abandono do tratamento, os seus motivos e o retorno ao serviço após busca ativa. **Método:** estudo descritivo, de natureza qualitativo, realizado em um ambulatório de doenças infecto parasitárias em hospital universitário localizado na região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, entre abril e agosto de 2021. **Resultados:** foram mencionadas as motivações que colaboraram para retornar ao tratamento, como estar saudável e sentir-se bem, poder cuidar da família, ter superado fases piores, como o início do tratamento, os benefícios da busca ativa, as recomendações que dariam a outras pessoas com HIV e as consequências do abandono de tratamento. **Conclusão:** as motivações que incentivaram o retorno ao tratamento, apontam a importância do atendimento individualizado para conhecer a realidade do paciente e da família e, por conseguinte, realizar estratégias com estrutura e eficácia para resgatar as PVHIV em abandono de tratamento, sendo este método uma possibilidade favorável para a construção de uma melhor adesão a terapia antirretroviral.

Descritores: HIV; Assistência de Enfermagem; Enfermagem; Adesão a Medicação.

INTRODUÇÃO

A América Latina é classificada como a terceira região global mais afetada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), na qual cerca de um quarto dos indivíduos não conhecem seu diagnóstico e 40% não têm acesso à terapia antirretroviral (TARV)⁽¹⁾. No ano de 2020, no Brasil, foram notificados 32.701 casos de infecção pelo HIV, sendo a maior frequência na região Sudeste (34,5%) e a menor na região Centro-Oeste (9,8%)⁽²⁾.

Com a finalidade de monitorar o diagnóstico e o tratamento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), foram desenvolvidas estratégias que englobam o teste para HIV, a vinculação com o serviço de saúde, a retenção e a adesão ao tratamento, o que irá resultar na supressão viral. E para que isto ocorresse, no ano de 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs a meta 90-90-90, que consiste em diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HIV/aids, tratar 90% delas com medicamentos antirretrovirais e alcançar a supressão viral em 90% das pessoas em tra-

tamento⁽³⁾. Para tanto, foram desenvolvidos sistemas de informação que tem contribuído para o monitoramento dos cuidados prestados às PVHIV, como por exemplo o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)⁽⁴⁾. Este permite acompanhar a retirada da TARV e identificar as pessoas que estão em abandono de tratamento, termo este que denomina a situação em que um usuário não retira os medicamentos antirretrovirais por no mínimo três meses após a data prevista e/ou não retorna às consultas no serviço de saúde em seis meses⁽⁵⁾.

Diversos fatores podem influenciar o abandono do tratamento, como por exemplo, as barreiras existentes para a retenção nos cuidados de HIV, que incluem o medo da revelação indesejada, estigma relacionado ao diagnóstico, longo período de espera nas unidades de saúde, efeitos colaterais e responsabilidade familiares e/ou sociais que inibem o comparecimento ao serviço de saúde⁽⁶⁾. Neste cenário, práticas de abordagem consentida visam reestabelecer o vínculo entre usuários e serviço de saúde e minimizar fatores limitantes para a adesão⁽⁶⁾.

Entre outras práticas, destaca-se a busca ativa por meio de contato telefônico. Esta estratégia, visa a criação do vínculo entre a PVHIV e o profissional de saúde, sendo este um método fácil e rápido, que proporciona um contato direto de maneira menos invasiva⁽⁶⁾. Estudo de revisão sistemática apontou que o uso do telefone constitui uma forma de apoio no cuidado às PVHIV, melhora a adesão à TARV e a vinculação entre usuário e profissionais de saúde⁽⁷⁾. Por sua vez, estudo realizado em uma clínica que cuida de PVHIV na área rural, a aproximadamente 40 quilômetros de Durban, na África do Sul, mostrou que o envio de mensagens de texto semanalmente teve um efeito positivo na adesão à TARV⁽⁸⁾.

Frente a isso, questiona-se: qual a percepção das PVHIV sobre o abandono de tratamento e suas consequências? Como as PVHIV que abandonaram o tratamento percebem ações estratégicas como a busca ativa?

OBJETIVO

Conhecer o estado da infecção pelo HIV antes e depois do abandono de tratamento, bem como, a percepção das PVHIV sobre o abandono do tratamento, os seus motivos e o retorno ao serviço após busca ativa.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa realizado no ambulatório de doenças infecto parasitárias de um hospital universitário, localizado na região Centro-Oeste do Brasil. O presente estudo foi estruturado conforme *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽⁹⁾.

Foram incluídas no estudo PVHIV com 18 anos ou mais em abandono de tratamento. Por sua vez, foram excluídas as pessoas privadas de liberdade.

O local do estudo é um serviço de referência estadual para pessoas que convivem com HIV/aids, hepatites virais e outras doenças infecciosas e parasitárias, que também funciona como retaguarda para o ambulatório e enfermaria de infectologia do Hospital Universitário. Por ocasião da coleta de dados, o hospital contava com nove leitos de internação não convencionais (internação dia) que permitem tratamento e avaliação diária dos pacientes com HIV/aids clinicamente estáveis.

A média de atendimentos é de 60 pacientes por semana, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. Diariamente, são disponibilizadas, em média, 12 consultas médicas com infectologista. Também atuam no serviço enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e acadêmicos voluntários da área da saúde (medicina, enfermagem).

Inicialmente, solicitou-se à equipe do ambulatório a lista de usuários em abandono de tratamento. Por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), foi possível acessar uma lista que continha 290 cadastros em situação de abandono de tratamento. Procedeu-se à consulta de prontuários e à busca ativa por meio de ligação telefônica, realizada no próprio ambulatório, com três tentativas em dias e horários distintos para cada indivíduo, visando ampliar a taxa de sucesso.

A busca resultou na identificação de 41 óbitos; sete indivíduos com registro duplo no sistema e que continuavam o tratamento em outro serviço de saúde; um que fez uso da TARV, porém o exame foi negativo; seis que eram menores de 18 anos e dois que fizeram uso da TARV como prevenção. Das pessoas que atenderam a ligação, dois relataram não querer retornar ao serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento; quatro pessoas aceitaram agendar a consulta de enfermagem, mas não compareceram; 26 já haviam retornado ao tratamento (nove em busca de laudo para vacina do COVID-19 e influenza; oito com sinais e sintomas- como perda de peso, cefaléia, lesões dermatológicas, tosse, febre, cansaço, candidíase oral, sífilis); e três retornaram para renovar a receita da TARV; dois para coletar carga viral e linfócitos TCD4+- porque não coletava a mais de seis meses; dois porque tiveram incentivo de amigos ou cônjuge para retornar e dois não constava no prontuário o motivo); 26 voltaram ao tratamento após a busca ativa, porém dois recusaram devido não ter interesse em participar da pesquisa, sendo que 24 aceitaram participar do presente estudo. E 175 indivíduos não foi possível o contato devido a inconsistência no registro telefônico ou não atendimento às ligações.

Os participantes foram selecionados por conveniência, adotando-se a estratégia da exaustão para se chegar ao número total de participantes.

Durante o contato telefônico, a pesquisadora confirmava se o indivíduo estava em abandono de tratamento e orientava quanto à necessidade de retorno, oferecendo a possibilidade de agendar uma consulta de enfermagem no ambulatório. No dia da consulta, foram coletados exames laboratoriais (carga viral e Linfócitos TCD4+) e realizada anamnese e mensurados dados antropométricos (peso e altura), com uso de balança com escala digital da marca Welmy® com régua antropométrica acoplada à balança. Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) por meio da razão peso/altura² (kg/m²) e categorizado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁰⁾.

Os dados referentes aos exames laboratoriais (carga viral e linfócitos TCD4+) foram obtidos no laudo aids (sistema que consta os resultados de carga viral e Linfócitos TCD4+), considerando os últimos exames realizados antes do abandono de tratamento. Para aqueles que responderam à busca ativa e compareceram o serviço, foram coletados novos exames seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁽¹¹⁾.

No final da consulta de enfermagem, era realizado pela pesquisadora principal o convite para participação no estudo, e para aqueles que aceitavam, a entrevista acontecia no próprio consultório de enfermagem, de maneira individualizada.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2021, por meio de entrevista semiestruturada audiogravada, com duração média de 25 minutos, tendo como base a seguinte questão norteadora: Conte-me quais foram os motivos que fizeram você retornar ao tratamento. Além disso, utilizou-se de um roteiro para caracterização dos participantes e de algumas questões de apoio que incluíam as seguintes dimensões: fatores que influenciaram o abandono e o retorno ao tratamento, experiências satisfatórias/insatisfatórias com o serviço de saúde e a percepção sobre o abandono de tratamento.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas procedeu-se a análise de conteúdo, modalidade temática, que seguiu as três etapas: a) pré-análise: a qual ocorreu a exploração do material, leitura flutuante e exaustiva das falas para apontar os pontos fortes frente aos objetivos do estudo; b) exploração do material: realizou-se a formulação de códigos, que simplificaram de forma objetiva e precisa os dados obtidos, sendo eles: fatores influentes no retorno ao tratamento, consequências do abandono, querer estar bem com a saúde, busca ativa e consulta de enfermagem como suporte para retornar ao tratamento; c) por fim, a interpretação, na qual as falas foram organizadas em categorias e posterior tratamento dos dados, inferências e interpretação⁽¹²⁾.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer favorável nº 4.605.804 e CAAE: 42989321.3.0000.0021. Os critérios éticos para as pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitados em conformidade com a Resolução 466/2012 e para manter o sigilo quanto a identidade dos participantes, optou-se por denominá-los pela letras M para masculino e F para feminino, seguida pela numeração correspondente à ordem cronológica da realização das entrevistas, o tempo de diagnóstico, e a quantidade de tempo de abandono de tratamento em dias. Exemplo: M1,5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono.

RESULTADOS

Dos 24 participantes do estudo, 12 eram do sexo feminino. A idade média foi de 37 anos (mínima de 23 e máxima de 63), quatro possuíam o ensino fundamental completo, três fundamental incompleto, 13 ensino médio completo, três com ensino superior completo e um superior incompleto.

O Quadro 1 apresenta informações referentes a carga viral e de Linfócitos TCD4+ antes do abandono de tratamento e no momento do retorno e os principais motivos que levaram ao abandono de tratamento sinalizados no momento da consulta de enfermagem. Oito PVHIV apresentavam carga viral indetectável antes do abandono de tratamento e ao retornarem, somente dois mantiveram a carga viral indetectável. Os demais apresentaram um aumento significativo nos resultados dos exames.

Quadro 1 – Características laboratoriais de PVHIV em abandono de tratamento de acordo com a classificação imunológica para infecção do HIV.

Código	Antes do abandono		Tempo de abandono dias	Retorno ao serviço		Motivo do abandono
	C.V	TCD4+		C.V	TCD4+	
E1	1962	Moderado	243	45	Grave	Efeitos Colaterais da medicação; ganho de peso
E2	Indetectável	Não significante	621	3875	Não significante	Dificuldade de acesso (locomção); dificuldade de vínculo com o serviço de saúde.
E3	76	Não significante	356	< L. mínimo	Não significante	Pandemia; dificuldade de acesso (locomção)
E4	Indetectável	Moderado	356	10952	Avançado	Pandemia. Dificuldade de acesso (locomção)
E5	45	Grave	307	48090	Grave	Pandemia
E6	Indetectável	Avançado	384	17469	Não significante	Buscou na Bíblia e sentiu que foi curada
E7	58157	Grave	326	95919	Grave	Depressão e ansiedade

E8	1283	Não significante	119	505	Não signifi- cante	Não aceita o diag- nóstico
E9	Indetectável	Não significante	114	21560	Não signifi- cante	Preguiça de ir ao serviço e não se importa com o diag- nóstico
E10	116870	Grave	1249	90407	Grave	Vergonha de ir ao serviço de saúde
E11	Indetectável	Não significante	274	369259	Grave	Pandemia
E12	508	Não significante	148	23177	Não signifi- cante	Pandemia
E13	4976	Moderado	500	95290	Avançado	Desânimo, troca da medicação e horário.
E14	Indetectável	Não signifi- cante	125	1595	Não signifi- cante	Efeitos colaterais da medicação; não acei- ta o diagnóstico
E15	Indetectável	Avançado	391	Indetectável	Não signifi- cante	Efeitos colaterais da medicação
E16	< L.mínimo	Grave	159	25580	Grave	Pandemia; Dificul- dade para agendar consulta
E17	992	Avançado	327	2275	Avançado	Dificuldade de aces- so (locomoção)
E18	< L.mínimo	Avançado	421	58963	Grave	Dificuldade de aces- so (locomoção)
E19	Indetectável	Não significante	305	Indetectável	Não signifi- cante	* Relata que tinha medicações em casa, por esse motivo não retornou ao serviço de saúde
E20	< L.mínimo	Grave	182	< L.mínimo	Grave	*Pandemia. *Desânimo por ter que ir sozinha ao serviço.
E21	725	Avançado	561	421158	Grave	Trabalho
E22	769	Grave	226	134171	Grave	Efeitos colaterais da medicação; Desâni- mo após morte da esposa em 2000.
E23	< L.mínimo	Moderado	199	10736	Grave	Trabalho; Pandemia
E24	576	Avançado	121	3855	Grave	Dificuldade para dormir

Fonte: elaborada pelos autores. **Legenda:** C.V-Carga viral; TCD4+ - Linfócitos TCD4+. **Classificação imunológica:** não significativa >500 mm³, moderado 350-499 mm³, avançado 200-349 mm³, grave <200 mm³ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O tempo de diagnóstico variou entre dois e 23 anos, sendo a média de 8,5 anos. Apenas seis participantes não haviam abandonado o tratamento anteriormente, e seis tiveram internações prévias decorrentes de piora no quadro de saúde. No decorrer do período de abandono, seis das PVHIV relataram algum sintoma, como: perda de peso, dor de garganta, dor em membros inferiores, ganho de peso, fraqueza e cansaço.

Na análise das entrevistas, evidenciou-se uma categoria que revela a percepção das PVHIV frente ao processo de retorno ao tratamento, assim como os fatores que colaboraram para a volta ao serviço e os impactos da busca ativa.

Motivadores para o retorno ao tratamento

Os participantes apontaram como motivações para o retorno ao tratamento o desejo de viver e se sentirem bem:

O que me motiva a retornar o tratamento é ficar bem. Igual hoje eu falei quando estava vindo “hoje eu vou lá, vou tomar o medicamento, vou fazer tudo certinho para poder viajar” (risos). Porque eu quero sair, estar bem, porque eu viajo a serviço, mas eu sei que minha saúde não está 100% hoje. (M1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)

O interesse de saber como está minha saúde, meu organismo depois de meses sem tomar medicação porque eu estava com CD4 normal, bom, antes a carga viral estava indetectável. Então saber como eu estou e retomar, ter vida saudável. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)

[...] a gente precisa ficar bem e pra ficar bem a gente precisa fazer o tratamento mesmo não sendo fácil, mesmo sem querer estar aqui, a gente faz um esforço muito grande para se sentir normal. Então a gente precisa achar alguma maneira de continuar o tratamento. (M16, 21 anos de diagnóstico, 159 dias de abandono)

Sempre me motivou porque eu tenho consciência que é o único caminho pra mim, sem tomar o coquetel é como se fosse uma vela acesa queimando e quando chega no final ela apaga. Então eu tinha a consciência que essa doença vai te minando, sua imunidade vai baixando, se a vela fosse pequena eu ia viver até um certo ponto. Minha motivação é viver, eu gosto de viver, gosto da vida. (M22, 23 anos de diagnóstico, 226 dias de abandono)

Do mesmo modo, destacaram o fato de se apegarem à família,

Ele (meu filho) é a motivação para eu retornar o tratamento. Se eu ficar doente ou ser internada, quem vai cuidar? Mãe é mãe, igual eu ninguém vai cuidar. (F15, 5 anos de diagnóstico, 391 dias de abandono)

Da outra vez foi porque eu fiquei doente, senão eu não teria vindo. Agora foi pelo meu filho, eu vejo que cada vez ele está ficando mais sozinho, só tem eu, minha mãe e minha irmã. (F11, 18 anos de diagnóstico, 274 dias de abandono)

Minha filha mais velha que me motiva muito, ela fala muito “A senhora não tem culpa de estar com isso, mas tem que fazer, pensa em nós, em mim e nos meus dois irmãos”. (F21, 3 anos de diagnóstico, 561 dias de abandono)

Outros fatores corroboram para motivar o retorno ao uso da TARV, como a superação de fases piores no início do tratamento:

E hoje eu penso, a pior fase eu superei, por que não agora? Agora eu tomo só dois comprimidos por dia. Mesmo que mude agora porque eu parei, não vai ser o mesmo remédio, mesmo esquema. (M1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)

A estratégia adotada de busca ativa pelo telefone foi apontada como positiva para incentivar o retorno ao tratamento, em especial por despertar a sensação de acolhimento e cuidado por parte dos profissionais do serviço:

Sabe quando você se sente assim que alguém se preocupa com você, acolhido. Eu fiquei muito feliz, eu nunca imaginava que iriam me ligar. E você sente conforto, aquela segurança na voz da pessoa, mesmo sem conhecer a pessoa. Aí eu falei assim “eu vou pegar e vou lá, dar um jeito na minha vida, viver minha vida, cuidar da minha vida, porque alguém está querendo cuidar de mim ainda.” (risos) (M1,5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)

O atendimento, a conversa, a questão de vocês retornar ligando para mim, eu achei muito bacana isso. (M2, 3 anos de diagnóstico, 621 dias de abandono)

Eu não esperava que o hospital fosse entrar em contato comigo. Então quando você me ligou eu achei bacana pelo cuidado, por mais que cabe a nós pacientes ter esse cuidado, mesmo eu tendo abandonado, o hospital ter ido atrás e querer saber, eu achei interessante. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)

O contato consegue deixar a gente mais próximos, a gente se sente acolhido ao ver que tem alguém pensando sobre a sua saúde [...] ter essa proximidade. Tudo isso deixa bem diferente [...] esse processo do contato humano faz total diferença. Tem pessoas que estão recebendo o remédio, outras que estão voltando para o serviço, a hora que uma dessas partes não está batendo a gente precisa fazer uma ação. Acho que trabalhar com esses meios faz com que você consiga entender esse processo e eu me senti muito à vontade e foi por isso que eu voltei. (M16, 9 anos de diagnóstico, 159 dias de abandono)

Por fim, os participantes elucidaram a importância do não abandono de tratamento e destacaram algumas recomendações que fariam para outros pacientes:

O que eu queria falar pra elas (outras pessoas com HIV) é que façam o tratamento certinho, tomem o remédio certinho, porque muitas vezes você abandona e depois volta com muitos problemas. Para ter uma vida saudável tem que tomar. (F6, 12 anos de diagnóstico, 384 dias de abandono)

Que não façam a burrada de abandonar (risos). Já vi muita gente que ficou 6 meses sem tomar e voltou para casa um trapo, mulambo, eu vi. É burrice mesmo abandonar, eu abandonei. Mas assim, qualquer diferença eu ia correr no hospital. (M18, 21 anos de diagnóstico, 421 dias de abandono)

Não abandona o tratamento (choro) porque tem que fazer. E vejo aqui mesmo no hospital, tanta gente com tanta coisa, mancando, com problema na perna, com uma magreza extrema, eu fico encabulada. Aí eu penso será que eu vou ficar desse jeito? Então não é fácil, se tem a oportunidade de tomar a medicação, de se tratar, tem que se tratar, porque não é fácil. As pessoas que têm a doença sabe do que eu estou falando, as vezes as pessoas de fora falem “aí mais é um trem tão bobo”, mas não é, transmite, você pode morrer, se você não tomar as medicações, você tem sequelas. (F3, 8 anos de diagnóstico, 356 dias de abandono)

Que não abandone como eu fiz, não abandone porque o estágio final é feio, [...] é doloroso demais e se a gente cuidar tem uma vida inteira pela frente. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)

A única mensagem é: não deixe de fazer o tratamento, porque é uma boa para gente, é uma boa para a sociedade que você vai estar ajudando a não transmitir a doença, ter uma vida normal, não muda nada. A única coisa que muda, é você saber

que tem que conviver com o vírus. (M5, 2 anos de diagnóstico, 307 dias de abandono)

DISCUSSÃO

Em linhas gerais, observou-se no presente estudo que aspectos relativos ao próprio tratamento medicamentoso (efeitos colaterais), ao estado emocional e saúde mental, à compreensão da condição, às dificuldades para acesso ao serviço e à pandemia de COVID-19 foram apontados como motivos para o abandono de tratamento. Foi comum verificar a piora dos níveis de carga viral e de estado imunológico, ao comparar o momento antes do abandono com o momento após o retorno para o tratamento.

Para os participantes entrevistados, realizar o tratamento tem propósitos significativos e diretamente atrelados às suas vidas, como a sensação de estar e se sentir bem, a possibilidade de conhecer melhor qual é o seu estado de saúde e de viver melhor, a condição de cumprir com compromissos cotidianos e com papéis sociais, bem como, de cultivar laços familiares. Motivadores para o retorno ao tratamento estão permeados, em certa medida, por uma ambivalência, configurada pela necessidade de tratar, mas também pela resistência a querer tratar, e relacionados à centralidade do medicamento, como recurso terapêutico essencial, e à percepção da superação de momentos mais críticos (fases iniciais) do tratamento.

A busca ativa, na percepção dos participantes, demonstrou ser uma forma de produzir no usuário do serviço o sentimento de estar sendo cuidado, mesmo em situação de abandono de tratamento e fisicamente distante do serviço de saúde. Ademais, parece criar condições emocionais favoráveis para o retorno ao tratamento, pois significa para o usuário a possibilidade ser acolhido.

Estudo realizado em um Serviço de Atendimento Especializado no interior paulista, região sudeste do Brasil, com PVHIV que faz o uso da TARV a mais de seis meses, apontou que a frequência de obesidade e sobrepeso nessa população é elevada⁽¹³⁾.

Logo, a questão de como controlar melhor o ganho de peso durante o tratamento do HIV é um desafio de relevância clínica, especialmente para aqueles que estão em abandono da TARV já que possuem maior risco de desenvolver doenças oportunistas. Estas em combinação com o sobrepeso e a obesidade aumentam o risco de desenvolver doenças metabólicas e cardiovasculares associadas a mortalidade⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, seria importante uma comparação do IMC antes da interrupção da TARV, o que não foi possível no presente estudo uma vez que nos registros dos prontuários não continham o peso do paciente antes do abandono.

De acordo com o Quadro 1, oito PVHIV apresentavam carga viral indetectável antes do abandono de tratamento e ao retornarem, somente dois ainda tinham a carga viral indetec-

tável. Os demais apresentaram um aumento significativo nos resultados dos exames, isto é preocupante, pois causa maior chance de hospitalização, aumenta de infecções oportunistas.

PVHIV ficam suscetíveis às patologias quando a contagem de linfócito TCD4+ está entre 200 e 500 células/mm³, entre elas estão: pneumonias pneumocócicas, tuberculose pulmonar, herpes zoster, candidíase orofaríngea e sarcoma de Kaposi. Abaixo de 200 células/mm³, estão suscetíveis as doenças oportunistas, como pneumocistose e a toxoplasmose. Com contagens críticas, abaixo de 100 células/mm³, podem ocorrer doenças oportunistas, como toxoplasmose e criptococose, que podem levar ao óbito, devido ao comprometimento da resposta imune contra os microrganismos^(15,16).

O propósito do tratamento é melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico. Desta maneira, a TARV deve ser iniciada independentemente da contagem de linfócitos TCD4+ na perspectiva de romper a cadeia de transmissão⁽¹⁷⁾. Este método melhora a qualidade de vida das PVHIV e reduz a probabilidade de transmissão⁽¹⁸⁾.

Estudos mostram os principais motivos que levam ao abandono de tratamento, sendo eles: dificuldade de marcar consultas, exames, e acesso a medicamentos (problema de gestão), sentimento de medo, vergonha, o estigma ainda existente sobre a doença, efeitos colaterais das medicações, excesso de comprimidos ingeridos por dia, dificuldade de vinculação com o serviço de saúde, a não aceitação do diagnóstico e depressão⁽¹⁹⁾. Outro fator apontado é, quando a doença pode chegar a um estágio mais grave devido a imunidade baixa e os medicamentos começarem a ser ineficazes e ser preciso a substituição⁽²⁰⁾, caso a PVHIV não receba a informação corretamente, pode deduzir que a TARV em uso não é eficaz, o que pode ocasionar o abandono caso não esteja em acompanhamento com um serviço de saúde. Ter uma rede de apoio colabora para a adesão ao tratamento, caso contrário, isso pode gerar o afastamento e desvinculação do serviço de saúde^(21,22).

Outro motivo que também pode ocasionar o abandono são os fatores sociais e econômicos, como a falta de recursos e dificuldade de locomoção, que atuam como barreiras para o acesso ao serviço de saúde⁽²³⁾.

Destarte, muitos são os motivos que levam a PVHIV a aderir à TARV novamente, e os destacados pelos participantes foram a necessidade de estar bem, com a autoestima elevada, a busca por qualidade de vida e o desejo de sentir-se saudável. Esse resultado corrobora com estudo realizado em Malawi com PVHIV que faltaram as consultas não retiraram a TARV, mas que retornaram ao tratamento dentro de 60 dias, as quais apontaram que a motivação para o retorno foi o desejo de preservar sua saúde e apoiar seus familiares. No entanto, em muitos

dos casos, os entrevistados não tomaram a decisão de retornar ao serviço de saúde sozinhos, e foram influenciados pela preocupação com a família, o medo da doença, bem como com a existência de apoio social de familiares⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, os profissionais de saúde podem favorecer a decisão das PVHIV de retornarem ao tratamento. Estudo realizado no Rio de Janeiro, RJ, na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um Hospital Público, com enfermeiros, técnico de enfermagem e familiares das crianças hospitalizadas com condições crônicas, apontou que o diálogo e a escuta qualificada, a empatia e valorização do familiar da criança favorece a vinculação e o desenvolvimento do trabalho, possibilitando a compreensão da importância dessa comunicação para que o processo de cuidado seja realizado com eficácia⁽²⁵⁾.

O estabelecimento de uma boa comunicação é uma estratégia que rompe as barreiras existentes, sejam elas as dúvidas com o tratamento ou o receio com os efeitos colaterais das medicações. Entender a magnitude da utilização da TARV ocasiona uma visão ampla sobre o cuidado que deve ser realizado. A interação entre a equipe de profissionais e as PVHIV, através de um diálogo claro e objetivo, trará uma comunicação efetiva e superará a fragmentação das relações e a frágil interação entre a equipe de saúde e o indivíduo.

O apoio da família para a adesão à TARV e o retorno ao tratamento após o abandono é um fator fundamental. A rede de apoio minimiza os impactos causados pelo HIV, possibilita uma compreensão de maneira individualizada e minimiza os medos e anseios que o indivíduo está enfrentando. Desta maneira, ter uma rede de apoio é possuir um suporte, não apenas nas demandas cotidianas, mas um modo de interação, estabelecimento de vínculo, apoio material, emocional, afetivo que motiva o bem-estar e a qualidade de vida.

Pesquisa realizada na África do Sul, com jovens que vivem com HIV, revelou que alguns participantes escreveram mensagens que os motiva a permanecerem no tratamento e entre elas estão os seguintes temas: desejo de viver, de crescer, de ter um futuro e uma carreira, de ver os filhos crescerem e ter alguém para cuidar⁽²⁶⁾.

Diante disso, é possível identificar que ter algo ou alguém que os motiva a permanecer ou retornar para o tratamento é um fator estimulante, pensar no outro de maneira que o leve a fazer o tratamento e ter uma estimativa maior de vida para poder vivenciar momentos futuros.

No entanto, às vezes, a busca pelo tratamento novamente acontece devido ao adoecimento. Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro, RJ, com profissionais e pacientes em abandono de tratamento, apontou que todos os pacientes da pesquisa retornaram ao tratamento devido estarem adoecidos, e foram em busca de agendar consultas, pois estavam com sinais e sintomas⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado com 44 pessoas que faziam o uso da TARV e estavam em acompanhamento em unidades de saúde rurais de Malawi, no continente Africano, mostrou que as motivações que levaram as pessoas a se reengajarem no tratamento foi a preocupação com a família e o medo de ficar doente ou morrer se não voltasse a tomar a TARV. Neste sentido, expressaram explicitamente o desejo de permanecerem saudáveis para fornecer e cuidar de suas famílias⁽²⁴⁾.

Portanto, ter um diagnóstico que não pode ser mudado e muitas vezes para ser aceito é preciso tempo e apoio que vai muito mais além do tratamento, é preciso possuir esperanças de um futuro. Assim, o desejo de permanecer saudável para cuidar dos filhos e os verem crescerem são fatores que motivam os participantes a continuarem engajados que na cascata de cuidados com o HIV.

Embora o diagnóstico do HIV seja considerado por vezes como a pior fase, em especial por acarretar uma série de temores, como o julgamento social e o estigma, observou-se que pode constituir como motivo de enfrentamento do tratamento. Estudos mostram que superar o tratamento inicial é transformar a situação, principalmente a fase do diagnóstico e apontam que o primeiro ano de tratamento é o que apresenta a maior taxa de abandono, devido aos efeitos colaterais, dificuldade de aceitação, problemas com o sigilo do diagnóstico, preconceito, discriminação, falta de rede de apoio, inquietude sobre a vida financeira^(27,28).

Além disso, conseguir superar e progredir no tratamento é ultrapassar os próprios limites que a PVHIV julgava não alcançar. Devido à dificuldade de aceitação da condição sorológica, e o aparecimento de psicopatologias, como a depressão, algumas pessoas tem até mesmo pensamento suicida⁽²⁹⁾. Frente a isso, a equipe multiprofissional do serviço pode constituir uma fonte importante de suporte para as PVHIV, sobretudo promovendo a resiliência mediante acolhimento e suporte informacional.

Com a finalidade de reduzir as taxas de abandono, favorecer a adesão e retenção ao tratamento e melhorar o cuidado das PVHIV, diferentes estratégias são criadas por profissionais da saúde. Ensaio clínico randomizado realizado em quatro clínicas de cuidados e tratamento de HIV localizadas na região de Shinyanga, na Tanzânia, apresentou resultados positivos quando os participantes receberam uma ajuda financeira como estratégia para que frequentassem as consultas mensais, durante seis meses de tratamento do HIV. Os incentivos financeiros melhoraram a proporção de pacientes que permaneceram sob cuidados e que apresentaram supressão viral durante a pesquisa⁽³⁰⁾.

Outra estratégia adotada em estudo realizado na Uganda e que se mostrou efetiva foi a inserção de uma tecnologia que fornece mensagens de texto e ligação abordando sobre educa-

ção em saúde semanalmente, além de lembretes sobre as consultas agendadas. Dentre os resultados positivos dessa estratégia, destacou-se maior adesão à medicação, fortalecimento de vínculo entre profissionais e pacientes e o aumento do conhecimento sobre o cuidado com a saúde⁽³¹⁾.

Por sua vez, estudo realizado em Fortaleza, CE, com PVHIV que possuíam acesso à internet e ao *WhatsApp* mostrou que a troca de mensagens em tempo real que o aplicativo permite é uma vantagem para a pessoa retirar suas dúvidas com o profissional. Destacou ainda que temas como depressão/ ansiedade, adesão à TARV e hábitos alimentares apresentam ainda lacunas ao serem abordados pelos serviços de saúde. O estudo ainda apontou que os pacientes referiram a importância das mensagens como lembrete para a realização dos cuidados com a saúde e como uma forma de estímulo para permanecerem no tratamento⁽³²⁾.

Revisão sistemática realizada sobre a eficácia do lembrete mensagem de texto em aparelho telefônico móvel para a melhoria da adesão à medicação, exercícios físicos e qualidade de vida da PVHIV, mostrou que a utilização do método apresenta efeito significativo em relação a adesão à medicação⁽³³⁾.

A estratégia de busca ativa tem como propósito a criação de vínculo entre o usuário e o serviço, a compreensão da atual situação de saúde e a oferta de subsídios para criação de métodos de intervenção que favoreçam a vinculação, retenção e adesão ao tratamento⁽³⁴⁾. A comunicação gera confiança, liberdade e vínculo, elementos estes fundamentais para que o paciente se sinta acolhido e exponha seus medos e anseios. E, para que não tenha receio de procurar o serviço de saúde, mas que encontre amparo e segurança no serviço e nos profissionais, a fim de desenvolver um cuidado integral e melhor adesão ao tratamento.

Estudo realizado no estado da Paraíba, Brasil, com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) apontou que o cuidado a indivíduos com condições crônicas requer ações individualizadas de longo prazo, e para que isso ocorra, é preciso otimizar estratégias como as visitas domiciliares, que permitem a realização da busca ativa e possibilita um diálogo e conhecimento da realidade do paciente e de sua família⁽³⁵⁾. Ademais, ações de educação em saúde e prevenção de agravos possibilita a identificação de fatores de risco e a elaboração de estratégias de enfrentamento que favoreçam a manutenção do tratamento⁽³⁶⁾.

Contudo, estudo realizado no Rio de Janeiro, RJ, com profissionais e pacientes em abandono de tratamento, mostrou que a busca ativa ainda não é uma prática frequente nos serviços de saúde⁽¹⁹⁾ mesmo sendo uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde,⁽³⁷⁾ para outras condições como por exemplo a tuberculose (TB).

Um fator influente na adesão à TARV é a satisfação do paciente com a qualidade do atendimento. Logo, as PVHIV que estão satisfeitas com o serviço de saúde têm maior probabilidade de aderir ao tratamento que realizam⁽³⁸⁾, o que poderá influenciar positivamente nos avanços das estratégias de cuidado às PVHIV.

Observou-se que ao retornar ao serviço os participantes reconhecem a importância do uso da TARV e a importância da utilização para o prolongamento da vida. Além disso, referem que mesmo com as inúmeras modificações na rotina que o tratamento do HIV ocasiona, a adesão é o melhor método para viver com menores danos.

Contudo, por vezes, as dificuldades existentes no percurso geram a não adesão ao tratamento. Estudo realizado em Salvador, BA, com mulheres que tem HIV e estão privadas de liberdade, revelou que o entendimento sobre a necessidade da adesão ao tratamento é reconhecido entre as participantes da pesquisa, porém os impasses ocasionados pelo diagnóstico do HIV são barreiras que dificultam a adesão ao tratamento, como o sentimento de medo de revelar o diagnóstico e sofrer preconceito no ambiente que estão inseridas⁽³⁹⁾.

Assim, mediante as afirmações dos participantes da pesquisa é possível compreender que entendem a importância da realização do tratamento e do acompanhamento, para que se tenha qualidade de vida. No entanto, há fatores que precisam ser considerados no planejamento das ações de cuidado com vistas a favorecer o cuidado contínuo ao longo dos anos.

Deste modo, ao conhecer os fatores que estão relacionados com o abandono e as estratégias empregadas para resgatar as PVHIV em abandono de tratamento, é nítido que os obstáculos existentes ultrapassam os serviços de saúde. É preciso a articulação entre os setores educacional e de assistência social, em virtude de que as PVHIV estão introduzidas em uma sociedade que deve garantir, minimamente, os direitos de cidadania⁽⁴⁰⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo pode ser apontado a desatualização de números de telefones e endereços nos prontuários e, também, a existência de óbitos na listagem fornecida. Isso reflete uma lacuna no controle dos dados dos usuários, pois, se a atividade de busca consentida fosse adotada pela equipe de saúde, minimizaria a desatualização dos contatos. É primordial que o serviço de saúde esteja atento para a atualização constante desses dados. A desatualização dos dados não permitiu que um grande número de pessoas fosse contactada e retornasse para o tratamento. Espera-se que outros estudos sobre o tema sejam realizados a fim de subsidiar a aplicação da atividade de abordagem consentida como uma rotina nos serviços voltados aos casos de HIV/aids.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

Como contribuição, o estudo apresenta, as motivações que colaboraram de maneira positiva para a PVHIV retornar ao serviço de saúde e a utilização da busca ativa como estratégia para favorecer o retorno ao serviço. Espera-se que os resultados desta pesquisa evidenciem a importância da equipe de enfermagem e dos demais profissionais do serviço desenvolverem vínculo com o paciente, para obter uma melhor adesão ao tratamento. Por fim, sugere-se a realização de novos estudos, com métodos de intervenção antes e depois e que possibilite a análise por um período após o retorno para verificar a permanência destas pessoas ao serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os resultados do presente estudo apontaram a necessidade de conhecer individualmente cada paciente, um atendimento singular, subjetivo, indo além da técnica, sem negligenciá-la, mas que possibilita identificar as vulnerabilidades existentes, e entender o contexto no qual este está inserido. Logo, a estruturação e efetivação de estratégias realizadas no serviço de saúde, poderá impactar de forma positiva no manejo da condição crônica, e resgatar os pacientes em abandono de tratamento.

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam estratégias de identificação dos fatores de risco que ocasionam a não adesão ao tratamento em sua região, e utilizem de estratégias de baixo custo e que podem ser implementadas na rotina do serviço, como a busca ativa pelo telefone, a fim de resgatar a PVHIV que está em abandono.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Relatório global do UNAIDS (online). 2020[citado em 22 dez 2021]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. HIV Aids Bol Epidemiológico. 2021[citado em 11 jan 2021]; 72 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>
3. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending AIDS progress towards the 90-90-90 targets. Geneva: UNAIDS. 2017[citado em 21 dez 2021]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
4. 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 o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília.

- 2018a [citado em 21 dez 2021]. p.412. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota técnica N°. 208/09. [citado em 27 dez 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 27 dez 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf
 7. Santos VF, Costa AKB, Lima ICV, Alexandre HO, Gir E, Galvão MTG. Use of the telephone for accessing people living with HIV/AIDS to antiretroviral therapy: systematic review. *Ciênc Saúde Colet.* 2019[citado em 29 dez 2021];24(9): 3407-3416. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31112017>. ISSN 1678-4561.
 8. Georgette N, Siedner MJ, Petty CR, Zanoni BC, Carpenter S, Haberer JE. Impact of a clinical program using weekly Short Message Service (SMS) on antiretroviral therapy adherence support in South Africa: a retrospective cohort study. *BMC med inform decis mak.* 2017[citado em 10 jan 2022];17(1):18. doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12911-017-0413-9>
 9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007[citado em 03 jan 2022];19(suppl 6):349-357. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 10. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 2000[citado em 19 dez 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020. *HIV Aids Bol Epidemiológico.* 2020[citado em 08 dez 2021]; 68. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
 12. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.
 13. Costa CRB, Melo ES, Antonini M, Pontes PS, Gir E, Reis RK. Overweight and obesity in people living with HIV. *Rev gaúcha enferm.* 2021[citado em 09 jan 2022];42:e20200310. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200310>
 14. Silva LLG, Santos EM, Nascimento LCP, Cavalcanti MCF, Arruda IKG, Luz MCL, Cabral PC. Síndrome lipodistrófica do HIV e seus fatores associados: um estudo em um hospital universitário. *Ciência Saude Colet.* 2020[citado em 11 jan 2022];25(3):989-998. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.11772018>:
 15. Setianingrum F, Rautemaa-Richardson R, Denning DW. Pulmonary cryptococcosis: A review of pathobiology and clinical aspects. *Med Mycol.* 2019[citado em 15 dez 2021]; 57(2):133–150. doi: <https://doi.org/10.1093/mmy/myy086>
 16. Souza HC, Passos XS, Camplesi Júnior M., Silva AMTC., Oliveira AKS, Marques LOR, *et al.* Contagem de linfócitos TCD4 + e carga viral em pacientes HIV+ de um laboratório de referência. *Rev bras mil cienc.* 2020[citado em 17 dez 2021];6(15). doi: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v6i15.50>

17. The Joint United Nations Programme On HIV/AIDS (UNAIDS). Ending Aids: Progress towards the 90-90-90 targets. Global Aids update 2017[citado em 22 dez 2021]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
18. Bermúdez XPD. Trajetórias e horizontes da epidemia de aids no Brasil. Relatório 30 anos de SU, que SUS para 2030? Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde- organização Mundial da Saúde no Brasil. 2018. [citado em 23 dez 2021];188- 202. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/09.pdf>
19. Rodrigues M, Maksud I. Abandonment of treatment: therapeutic itineraries of HIV/Aids patients. *Saúde debate*. 2017[citado em 28 nov 2021]; 41(113):526-538. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711314>.
20. Goulart S, Meirelles BHS, Costa VT, Pflieger G, Silva LM. Adherence to antiretroviral therapy in adults with HIV/Aids treated at a reference service. *REME – rev min enferm*. 2018[citado em 04 dez 2021];22. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180050>
21. Brunetta BF, Miguel RL, Raitz A, Quadros RMQ. Ocorrência de pessoas infectadas pelo HIV que realizam tratamento com antirretroviral em uma cidade do sul do Brasil: um desafio aos profissionais de saúde. *Clin biomed res*.2019[citado em 04 dez 2021];39(2). doi: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.86243>
22. Cabral JR, Moraes DCA, Cabral LR, Corrêa CA, Oliveira ECS, Oliveira RC. Adherence to antiretroviral therapy and the association in the use of alcohol and psychoactive substances. *Enferm glob*.2018[citado em 22 dez 2021];17(52):1-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296651>
23. Mello CJFA, Amaral JCS, Costa MS, Cavalcante MNM, Rêgo NMS, Silva LMR, *et al*. Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. *REAS/EJCH*. 2020[citado em 02 dez 2021];12(8):e3423. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3423.2020>
24. Chamberlin S, Mphande M, Phiri K., Kalande P, Dovel K. Hom HIV Clients Find Their Way Back to the ART Clinic: A Qualitative Study of Disengagement and Re-engagement with HIV Care in Malawi. *AIDS behav* 2021[citado em 23 dez 2021]. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03427-1>.
25. Silva TP, Silva MM, Alcantara LM, Silva IR, Leite JL. Estabelecendo estratégias de ação/interação para o cuidado à criança com condição crônica hospitalizada. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 21 dez 2021];19(2):279-285. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150037>
26. Hornschuh S, Dietrich JJ, Tshabalala C, Laher F. Antiretroviral treatment adherence: knowledge and experiences among adolescents and young adults in Soweto, South Africa. *AIDS Res Treat*. 2017[citado em 02 dez 2021];5192516:8p. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/5192516>. PubMed PMID: 28409026
27. Costa MAR, Teston EF, Spigolon DN, Dias LO, Soares CC. Qualidade de Vida sob a Ótica de Portadores de Hiv/Aids: Perspectivas Futuras nas Práticas Educativas. *Rev Fund Care*.2019[citado em 26 nov 2021];11(5):1326-1332. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1326-1332>
28. Jesus GJ, Oliveira LB, Caliar JS, Queiroz AAFL, Gir E, Reis RK. Difficulties of living with HIV/Aids: Obstacles to quality of life. *Acta Paul Enferm (online)*. 2017[citado em 30 nov 2021]; 30(3):301-307. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>.
29. Araújo If, Leal BS, Santos JVO, Sampaio AVC. Analysis of Resilience among People Living with HIV/Aids: A Psychosocial Study. *Psicol (Univ Brasília, Online)*. 2019 [citado em 30 nov 2021];35:e35416. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35416>

30. Fahey CA, Njau PF, Katabaro E, Mfaume RS, Ulenga N, *et al.* Financial incentives to promote retention in care and viral suppression in adults with HIV initiating antiretroviral therapy in Tanzania: a three-arm randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2020[citado em 09 dez 2021];7(11):e762-e771. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30230-7)
31. Twimukye A, Naggirinya AB, Parkes-Ratanshi R, Kasirye R, Kiragga A, Castelnuovo B, *et al.* Acceptability of a Mobile Phone Support Tool (Call for Life Uganda) for Promoting Adherence to Antiretroviral Therapy Among Young Adults in a Randomized Controlled Trial: Exploratory Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2021[citado em 15 dez 2021];9(6):e17418. doi: 10.2196/17418
32. Lima ICV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Farias OO, Silva CAC, Cunha GH. Instant messaging application for the care of people living with HIV/aids. *Rev bras enferm*. 2019[citado em 10 dez 2021];72(5):1161-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0698>
33. Ibeneme SC, Ndukwu SC, Myezwa H, Irem FO, Ezenwankwo FE, Ajudahun AT. *et al.* Effectiveness of mobile text reminder in improving adherence to medication, physical exercise, and quality of life in patients living with HIV: a systematic review. *BMC infect dis*. 2021[citado em 12 dez 2021];21(859). doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06563-0>
34. Umeokonkwo CD, Onoka CA, Agu PA, Ossai EM, Balogun MS, Ogbonnaya LU. Retention in care and adherence to HIV and AIDS treatment in Anambra State Nigeria. *BMC infect dis*. 2019[citado em 12 dez 2021];19(654). doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4293-8>
35. Fernandes LTB, Nóbrega VM, Sales MLXF, Reichert APS, Moura FM, Collet N. Supported self-care actions for children and teenagers with chronic diseases. *Texto & contexto enferm (online)*. 2019.[citado em 21 Dez 2021];28 e20180325. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0325>.
36. Silva SO, Machado LM, Schimith MD, Silva LMC, Silveira VN, Bastos AC. Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. *Rev bras enferm (Online)*. 2018[citado em 11 dez 2021];71(6):3103-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-061>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] Brasília.2018b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf
38. Leon C, Koosed T, Philibert B, Raposo C, Benzaken AS. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. *BMC health serv res*. 2019[citado em 2021 dez 17];19(344). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4062-9>
39. Silva Dos Santos DS, Ferreira Bispo TC, da Silva Meneses EJ. Mulheres encarceradas com soropositividade para HIV: percepção sobre a adesão ao tratamento. *Rev brasil saude Funci*. 2017[citado em 2021 dez 20] 1(1):22. Disponível em: <https://seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/883>
40. Lopes LM, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Nemes MIB, Ruffino Netto A, *et al.* Vulnerability factors associated with HIV/AIDS hospitalizations: a case-control study. *Rev bras enferm*. 2020[citado em 2022 jan.11];73(3):e20180979. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0979>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou as mudanças ocasionadas no início do tratamento e a dificuldade na manutenção, os fatores que colaboraram para o enfrentamento da doença bem como aqueles influentes no abandono do tratamento. Apontou também a percepção da PVHIV em relação ao abandono de tratamento, as motivações para retorno ao serviço, a visão em relação a busca ativa, as recomendações para continuidade no tratamento e as consequências do abandono.

Ao se depararem com o diagnóstico de HIV, manifestam-se dúvidas e mudanças necessárias a serem realizadas por toda a vida, porém nem sempre permaneceram, e como identificado muitos são os desafios, assim como: os cuidados com a saúde, a adoção de hábitos saudáveis bem como dificuldades vividas na manutenção do trabalho. As PVHIV compreendem sobre a condição crônica e a importância da continuidade do tratamento, entretanto, os cuidados não são permanentes. Os participantes destacaram como fatores que influenciam o enfrentamento da doença e que colaboram para realizar o tratamento: o acolhimento da equipe do serviço de saúde e da rede de apoio, vivenciar a gestação e a troca de experiência com outras pessoas com o mesmo diagnóstico.

No entanto, estes fatores que colaboraram para enfrentar a doença não foram suficientes para que mantivesse estas pessoas no tratamento por um longo período, ocasionando assim o abandono de tratamento. Destacaram-se como fatores que colaboraram para a descontinuidade do cuidado a saúde a ausência de sinais e sintomas, a falta de apoio – não ter uma rede de apoio estruturada; a quebra de vínculo com profissionais de saúde; dificuldades no deslocamento até o serviço especializado; despreparo das redes de atenção à saúde; a dificuldade de acesso; restrição no horário de funcionamento, ou sua organização; efeitos colaterais das medicações e a pandemia de COVID-19.

Diante disso, foi possível identificar os fatores que ocasionaram o abandono, e conhecer os motivos para retornar ao tratamento, sendo estes: o interesse em estar bem com a saúde, de poder cuidar da família, especialmente dos filhos, o fato de terem superado fases piores, como o diagnóstico e o início do tratamento, fatores estes que precisam ser lapidados para permanecerem estáveis. Logo, foi possível identificar como a busca ativa colaborou para o resgate destas pessoas em abandono de tratamento.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para que sejam intensificadas as ações de cuidados com a PVHIV, e que sejam estimulados a desenvolver o autocuidado para

que possam ser responsáveis por seus hábitos de vida saudável e a equipe do serviço de saúde seja apoio.

Desta maneira, planeja-se fazer a devolutiva dos resultados deste estudo para o serviço de saúde e, assim, possibilitar a discussão de estratégias que contribuam para a adesão ao tratamento. Acredita-se que após o compartilhamento destes resultados o serviço especializado de atendimento à PVHIV inicie a realização de busca consentida – busca ativa, para resgatar os pacientes em abandono de tratamento e realizar intervenções que colaborem para diminuir na ocorrência do abandono de tratamento.

Espera-se que este estudo contribua para a prática de profissionais de saúde que trabalham com PVHIV oferecendo subsídios que favoreçam a implementação de intervenções que diminuam a evasão de pacientes ao serviço de saúde, resgate pessoas em abandono de tratamento e melhore a adesão, retenção e vinculação do indivíduo ao serviço. Como implicação para enfermagem, este estudo revela que há uma demanda cada vez maior de resgatar a PVHIV em abandono de tratamento, e o HIV ao ser considerada uma condição crônica, exige uma necessidade de cuidado contínuo, e neste requisito o enfermeiro tem muito a contribuir. Torna-se importante compreender a necessidade de integração entre os diferentes pontos da RAS a fim de oportunizar o cuidado integral e humanizado.

Uma limitação do estudo foi a dificuldade para contactar todas as PVHIV em abandono de tratamento que constavam na lista do SICLOM no serviço que foi realizada a pesquisa devido os dados desatualizados.

Sugere-se a necessidade de estudos futuros realizados nos diferentes pontos da RAS a fim de possibilitar a identificação ampliada de adesão ao tratamento bem como o planejamento de estratégias de acompanhamento contínuo após o retorno, para obter uma assistência integral, direcionada e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, D.; WEILLER, T. H.; DAMACENO, A. N.; CANCIAN, N. R.; SANTOS, G. S.; BECK, S. T. Adesão ao tratamento antirretroviral: uma intervenção multiprofissional. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2446-53, 2016. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.994>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 LDA., 2016.
- BARRETO, F.; SILVA, L. N. B.; BARRETO, T. M. A. C.; CAMARGO, C. Itinerary therapeutic and alcoholism: study with alcoholic patients at the center for psychosocial care of alcohol and other drugs-CAPSad. **Health and Diversity**, Boa Vista, v. 3, p. 24-52, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820515017>
- BEN-MENACHEM, S.; SIALM, A.; HACHFELD, A. et al. How do healthcare providers construe patient complexity? A qualitative study of multimorbidity in HIV outpatient clinical practice. **BMJ Open**, [s.l.], v. 11, n. 11, e051013, 2021. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051013>
- BÍBLIA, A. T. Josué. In BÍBLIA. Português. **Bíblia de estudo aplicação pessoal**: Antigo e Novo Testamento. Versão Almeida, revista e corrigida, 2003. 277 p.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, S. E. M.; ALMEIDA, P. F.; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. S.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; VIANA, A. L. Á.; FAUSTO, M. C. R.; PAULA, D. B. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-54, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytkwtS/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00099118, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020. [Epub June 17, 2019]. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 14p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaid-2021>. Acesso em: 7 dez. 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. **Ofício circular n. 8/2020/CGAHV/DCCI/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. 72p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretária de Vigilância em Saúde. **Nota informativa n. 5/19. DIAHV/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2019/-notas_informativas/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf. Acesso em: 7 dez. 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, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 21**, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-21-de-25-maio-de-2017>. Acesso em: 30 out. 2020.

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 [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 410 p. 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: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica** – guia para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. [Brasília, DF, 18-20 nov. 2008]. Relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 131 p. (Série D. Reuniões e Conferências; Série ODM Saúde Brasil, v. II). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_internacional_desenvolvimento_objetivo.pdf. Acesso em: 1º dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Aids. **Nota Técnica n. 208/09 – UAT/DST/AIDS/SVS/MS**. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9.313**, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm. Acesso em: 27 out. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, [s.l.], v. 30, n. 21, p. 250-2, 1981.

CHENG, C.; ELSWORTH, G. R.; OSBORNE, R. H. Co-designing eHealth and equity solutions: application of the Ophelia (optimizing health literacy and access) process. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 8, 604401, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604401>

COLAÇO, A. D.; MEIRELLES, B. H. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; VILLARINHO, M. V. O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Cidade, v. 28, e20170339, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1359/1992**. Brasília, DF: CFM, 1992. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1992/1352>. Acesso em: 20 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.228**, de 6 de fevereiro de 2019. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-10-de-18-de-maio-de-2020-257391439>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1665/2003**. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Brasília, DF: CFM. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1665>. Acesso em: 20 out. 2020.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCIA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2020. [Epub June 26, 2020]. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 62-83.

FISCHL, M. A.; RICHMAN, D. D.; GRIECO, M. H.; GOTTLIEB, M. S.; VOLBERDING, P. A.; LASKIN, O. L.; LEEDOM, J. M.; GROOPMAN, J. E.; MILDVAN, D.; SCHOOLEY, R. T.; JACKSON, G. G.; DURACK, D. T. et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-

controlled trial. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 317, n. 4, p. 185-91, 1987. Doi: <https://doi.org/10.1056/nejm198707233170401>

FORESTO, J. S.; MELO, E. S.; COSTA, C. R. B.; ANTONINI, M.; GIR, E.; REIS, R. K. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e63158, mar. 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>

GRANADA, A. M.; VANEGAS, C.; FORERO, E.; SILVA, C.; Vergara, E. P. Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. **Acta Médica Colombiana**, Bogotá, v. 43, n. 1, p. 31-36, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00031.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2021.

GRECO, D. B. Thirty years of confronting the Aids epidemic in Brazil, 1985-2015. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1553-64, 2016. ISSN 1678-4561. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>

HERRERA, P. A.; CAMPOS-ROMERO, S.; SZABO, W.; MARTÍNEZ, P.; GUAJARDO, V.; ROJAS, G. Understanding the relationship between depression and chronic diseases such as diabetes and hypertension: a grounded theory study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s.l.], v. 18, p. 12130, 2021. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212130>

HIPOLITO, R. L.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; MARQUES, S. C.; PEREIRA, E. R.; GOMES, A. M. T. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2874, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TjDqBC9QxtgbcFHHdTh3FxF/?lang=en>. Acesso em: 2 nov. 2020. [Epub Apr 20, 2017]. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>

KENWORTHY, N.; THOMANN, M.; PARKER, R. From a global crisis to the ‘end of AIDS’: new epidemic of signification. **Global Public Health**, [s.l.], v. 13, n. 8, p. 960-71, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1365373>

KUNDRO, M. A.; TERWEL, S. R.; TOIBARO, J. J.; VILORIA, G. A.; LOSSO, M. H. Late diagnosis of HIV infection in asymptomatic patients. **Medicina (Buenos Aires)**, Buenos Aires, v. 76, n. 5, p. 273-8, 2016. Disponível em: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/27723614.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-95, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844631018.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

LIMA, I. C. V.; GALVÃO, M. T. G.; PEDROSA, S. C.; CUNHA, G. H.; COSTA, A. K. B. Use of the Whatsapp application in health follow-up of people with HIV: a thematic analysis. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170429, 2018. [Epub 05 Abr 2018]. ISSN 2177-9465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0429> Acesso em: 1º jan. 2020.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. **Saúde coletiva**: a Abrasco em 35 anos de história [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015. 322p. ISBN: 978-85-7541-590-0. Doi: <https://doi.org/10.7476/9788575415900>

LOFGREN, S. M.; TSUI, S.; ATUYAMBE, L.; ANKUNDA, L.; KOMUHENDO, R.; WAMALA, N.; SADIQ, A.; KIRUMIRA, P.; SRISHYLA, D.; FLYNN, A.; PASTICK, K. A.; MEYA, D. B.; NAKASUJJA, N.; PORTA, C. Barriers to HIV care in Uganda and implications for universal test-and-treat: a qualitative study. **AIDS Care**, [s.l.], 2021. Doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1946000>

MASIANO, S.; MACHINE, E.; MPHANDE, M.; MARKHAM, C.; TEMBO, T.; CHITANI, M.; MKANDAWIRE, A.; MAZENGA, A.; AHMED, S.; KIM, M. Video-based intervention for improving maternal retention and adherence to HIV treatment: patient perspectives and experiences. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s.l.], n. 18, 1737, 2021. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041737>

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, e151, 2018. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS, 2012. 512p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

OLIVEIRA, C. B. B.; LIMA, M. C. R. A. D'A.; FARIA, M. F.; RAVANHOLI, G. M.; LOPES, L. M.; SOUZA, K. M. J.; MONROE, A. A. Experiências de adoecimento por condições crônicas transmissíveis: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 510-20, jun. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017159587>

OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 169-81, mar. 2020. [Epub May 08, 2020]. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012412>

PANTALONE, D. W.; NELSON, K. M.; BATCHELDER, A. W.; CHIU, C.; GUNN, H. A.; HORVATH, K. J. A systematic review and meta-analysis of combination behavioral interventions co-targeting psychosocial syndemics and HIV-related health behaviors for sexual minority men. **The Journal of Sex Research**, [s.l.], v. 57, p. 681-708, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1728514>

PENG, Y.; WANG, H.; FANG, O.; XIE, L.; SHU, L.; SUN, W.; LIU, O. Effectiveness of mobile applications on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmac**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 550-61, 2020. Doi: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.4.550>

PINTO, V. M.; CAPELETTI, N. M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: a experiência do município de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Medicina**

de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1710, 2019. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1710](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710)

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 antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. **Lancet**, [s.l.], v. 393, n. 10189, p. 2428-2438, maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

RODRIGUES, M.; MAKSDUD, I. Abandonment of treatment: therapeutic itineraries of HIV/Aids patients. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-38, abr. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711314>

RODRIGUES, W. C. V.; SOLER, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 26, n. 6, p. 553-9, 2009. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n6/553-559/pt/>. Acesso em: 30 out. 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Amostragem na pesquisa qualitativa. In: SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 401-12.

SANGARAMOORTHY, T. Chronicity, crisis, and the ‘end of AIDS’. **Global Public Health**, [s.l.], v. 13, n. 8, p. 982-96, jan. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1423701>

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1729-36, 2018. ISSN 1678-4561. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SARAH, M. L.; SHARON, T.; LYNN, A.; LEANDER, A.; ROBINA, K.; NATHAN, W.; ALISAT, S.; PAUL, K.; DIKSHA, S.; ANDREW, F.; KATELYN, A. P.; DAVID, B. M.; NOELINE, N.; CAROLYN, P. *Barriers to HIV care in Uganda and implications for universal test-and-treat: a qualitative study*. **AIDS Care**, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1946000>

SILVA, C. L.; CUBAS, M. R.; SILVA, L. L.; CABRAL, L. P.; GRDEN, C. R.; NICHATA, L. Y. Diagnósticos de enfermagem associados às necessidades humanas no enfrentamento do HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 18-26, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900004>

SILVA, R. A. R.; SILVA, R. T. S.; NASCIMENTO, E. G. C.; GONÇALVES, O. P.; REIS, M. M.; SILVA, B. C. O. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4689-96, jul. 2016. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4689-4696>

STARFIELD, B. **Atenção primária**: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2021.

TARSILLA, T. S. A. L. PEREIRA, E. R.; COSTA, D. C.; SILVA, R. M. C. R. A.; SILVA, M. A.; OLIVEIRA, D. C. Atuação do profissional de saúde junto à família com

HIV/aids. **Revista Cubana de Enfermería**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 126-137, dez. 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400008. Acesso em: 15 dez. 2020. ISSN 1561-2961.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS [UNAIDS]. **Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics**. Genebra: UNAIDS, 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS [UNAIDS]. **Get on the Fast-Track**: the life-cycle approach to HIV. Genebra: UNAIDS, 2016. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track> . Acesso em: 10 mar. 2021.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS [UNAIDS]. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids**. Brasília, DF: UNAIDS, 2015. p. 38. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020

VASCONCELOS, M. F.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L.; ABRÃO, F. M. S.; BATISTA, P. S. S.; OLIVEIRA, R. C. Palliative care for HIV/AIDS patients: bioethical principles adopted by nurses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2559-66, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900010>

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados do prontuário

Data da Entrevista: _____/_____/_____

ata de nascimento: _____/_____/_____

Município de residência: _____

Sexo: 0() Masculino 1() Feminino

Orientação sexual: 0() Heterossexual 1() Bissexual 2() Homossexual

Cor (autoinformada): 0() Branca 1() Preta 2() Amarela 3() Parda 4() Indígena

Estado civil: 0() Solteiro 1() Casado/Vive Junto/União consensual/Amasiado
2() Divorciado/Separado 3() Viúvo

Mora com parceiro: 0() Sim 1() Não

Sorologia anti-HIV do parceiro atual: 0() Positiva 1() Negativa 2() Não sabe/Não fez
3() Sem parceiro

Tem Filhos: 0() sim 1() não **Quantos?** _____ **Moram com você:** 0() sim 1() não

Religião: 0() Católica 1() Evangélica 2() Espírita 3() Outra 4() Sem Religião

Praticante: () sim () não

Escolaridade: 0() fundamental completo 1() fundamental incompleto 2() médio completo
3() médio incompleto 4() superior completo 5() superior incompleto

Ocupação atual: 0() Desempregado 1() Empregado 2() Aposentado 3() Afastado

Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: 0() Um 1() Dois 2() Três
3() Quatro 4() cinco ou mais

Renda Mensal: 0() Até um salário mínimo 1() 2 salários mínimos 2() 3 salários mínimos
3() acima de 4 salários mínimos.

Recebe algum benefício: 0() sim 1() não **Qual?** _____

Bebidas alcoólica: 0() Sim 1() Não

Padrão: 0() Alto (todos os dias) 1() Moderado (3-4 x/sem) 2() Baixo (fim de semana)

Drogas ilícitas: 0() Sim 1() Não **Qual(is)?** _____

Tabagismo: 0() Nunca fumou 1() Ex-fumante 2() Fumante **Quantos cigarros/dia?** _____

Internação por infecção oportunista: 0() sim 1() não

Comorbidades: 0() Diabetes 1() Hipertensão 2() Câncer 3() Outros _____

Coinfecção: 0() Sífilis 1() Tuberculose 2() Hepatite B/C 3() Toxoplasmose
4() Outros _____

Tempo de diagnóstico HIV positivo: _____

Local que realizou o diagnóstico: _____

Como foi o diagnóstico: 0() Exame de rotina 1() Gestação 2() Doação de Sangue
3() Teste rápido

Tempo de uso da TARV (em meses): _____

Esquema da TARV em uso antes do abandono de tratamento: _____

Local que realiza o tratamento/acompanhamento: _____

Relato de falha/abandono anteriores: 0() sim 1() não

Exame de CD4 e Carga Viral mais recente:

Linfócitos T CD4+: _____ células/ml -**Data:** ____/____/____

Carga Viral: _____ cópias/ml -**Data:** ____/____/____

Tempo de abandono de tratamento em meses: _____

Última consulta no serviço de referência: _____

Tempo de Ausência em consultas: _____

APÊNDICE B – Instrumento para realização da consulta de enfermagem

Data da Consulta: ____/____/____ Ambulatório de Infectologia
Autoriza contato telefônico? () Não () Sim Telefone: () _____
Pessoa autorizada para deixar recado:
Nome:
RGHU:
Sexo: () F () M
Identidade de gênero:
Nome social:
DN: ____/____/____ Idade: _____
Cor autodeclarada: () branco () pardo () negro () amarelo () indígena () outro
Natural de:
Procedente de: _____
Profissão: _____
Estado civil: () casado () solteiro () divorciado () separado () viúvo () união estável () outro
Sorologia do parceiro (a): () positiva () negativa () desconhecida () em investigação
Orientação sexual: () heterossexual () homossexual () outro: _____
Filhos: () Não () Sim. Quantos: _____
Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra () Sem Religião
Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior
Renda Mensal: () Até um salário mínimo () 2salários mínimos () 3 salários mínimos () acima de 4 salários mínimos
Recebe algum benefício social: () sim () não Qual? _____

Diagnóstico principal:

HDA:

Hábitos de vida:

Tabagista: () Não () Sim. Início: _____ Quantidade: _____

Etilismo: () Não () Sim. Início: _____ Quantidade: _____

Tatuagem: () Não () Sim

Drogadição: () Não () Sim. Início: _____ Tipo: _____

Atividade física: () Não pratica () Pratica: () Diariamente () 1-2x semana
() 3 x semana

Atividade de lazer: () Sim () Não

Contato com:

Aves: () Não () Sim (silvestres, galinhas)

Ratos: () Não () Sim

Morcegos: () Não () Sim

Gatos: () Não () Sim

Cães: () Não () Sim.

Algum doente? () Não () Sim.

Carrapatos: () Não () Sim

Realiza algum trabalho em que revolve a terra? () Não () Sim

Realiza algum trabalho de extração de madeira? () Não () Sim

Frequenta (ou) áreas alagadas? () Não () Sim. Quando? _____

Viagens recentes: () Não () Sim. Para onde e quando? _____
Antecedentes fisiológicos:
Nascido de parto () Normal () Cesárea () Não sabe
Foi amamentada (o)? () Não () Sim. Por quanto tempo: () Não sabe
Início de atividade sexual: _____
Nº de parceiros: _____ () Prefere não informar
Uso de preservativos: () Regular () Irregular () Prefere não informar
Antecedentes clínicos familiares
() Não () Sim. Quem e o que? _____
Antecedentes patológicos
Transfusão de sangue () Não () Sim
Internações prévias () Não () Sim
Doenças infantis: () Varicela () Caxumba () Rubéola () Sarampo
Alergias: () Não () Sim
Doenças por transmissão vetorial
() Dengue () Zika vírus () Chikungunya () Febre amarela () Chagas () Malária () Leishmaniose. Se SIM quando? _____
Fraturas: () Não () Sim. Quais? _____
Cirurgias: () Não () Sim. Quais? _____
Acupuntura: () Não () Sim
HAS: () Não () Sim. Tratamento: () Não () Sim
DM: () Não () Sim. Tratamento: () Não () Sim
Outras IST's (NÃO AIDS): () Não () Sim.
Diagnóstico de:_____. Quando? _____
Tuberculose: () Não () Sim. Diagnóstico:_____
Último exame de PPD:_____

Nefropatias: () Não () Sim.

Outros: _____

Em uso de (medicamentos comorbidade + HIV/aids)

Dados subjetivos sobre o diagnóstico (abertura de caso)

- Reação emocional ao diagnóstico

- Rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais)

- Condições de trabalho, domicílio e alimentação

Quais os motivos o levaram a abandonar o tratamento? (abandono de tratamento)

() Efeitos colaterais da medicação () Dificuldade de Acesso (locomoção)

() Trabalho () Pandemia () Outros: _____

Percebeu alterações em seu corpo após parar de tomar a medicação?

() Sim () Não

Sintomas referidos no atendimento: () Tosse () Febre () Dispneia () Astenia

() Perca de Peso () Anorexia () Outros _____

Dados antropométricos/sinais vitais

Atura: **m** **Peso:** **kg**

FR **rpm** **FC:** **bpm** **T:** **°C**

PA: **mmHg** **SO2:** **%**

APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados com PVHIV que abandonaram o tratamento

Data da Entrevista: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Município de residência: _____

Sexo: 0() Masculino 1() Feminino

Orientação sexual: 0() Heterossexual 1() Bissexual 2() Homossexual

Cor (autoinformada): 0() Branca 1() Preta 2() Amarela 3() Parda 4() Indígena

Estado civil: 0() Solteiro 1() Casado/Vive 2() Junto/União 3() Consensual/Amasiado
4() Divorciado/Separado 5() Viúvo

Mora com parceiro: 0() Sim 1() Não

Sorologia anti-HIV do parceiro atual: 0() Positiva 1() Negativa 2() Não sabe/Não fez
3() Sem parceiro

Tem Filhos: 0() sim 1() não **Quantos?** ____ **Moram com você:** 0() sim 1() não

Religião: 0() Católica 1() Evangélica 2() Espírita 3() Outra 4() Sem Religião

Praticante: () sim () não

Escolaridade: 0() fundamental completo 1() fundamental incompleto 2() médio completo
3() médio incompleto 4() superior completo 5() superior incompleto

Ocupação atual: 0() Desempregado 1() Empregado 2() Aposentado 3() Afastado

Número de pessoas que moram no mesmo domicílio:

Renda Mensal: () Até um salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos
() acima de 4 salários mínimos.

Recebe algum benefício: 0() sim 1() não **Qual?** _____

Bebidas alcoólica: 0() Não 1() Sim

Padrão: 0() Alto (todos os dias) 1() Moderado (3-4 x/sem) 2() Baixo (fim de semana)

Drogas ilícitas: 0() Não 1() Sim Qual(is)? _____

Tabagismo: 0() Nunca fumou 1() Ex-fumante 2() Fumante **Quantos cigarros/dia?** _____

Internação por infecção oportunista: 0() sim 1() não

Comorbidades: 0() Diabetes 1() Hipertensão 2() Câncer 3() Outros _____

Coinfecção: 0() Sífilis 1() Tuberculose 2() Hepatite B/C 3() Toxoplasmose
4() Outros _____

Tempo de diagnóstico HIV positivo: _____

Local que realizou o diagnóstico: _____

Como foi o diagnóstico: 0() Exame de rotina 1() Gestação 2() Doação de Sangue
3() Teste rápido

Tempo de uso da TARV (em meses): _____

Local que realiza o tratamento/acompanhamento: _____

Relato de falha/abandono anteriores: 0() sim 1() não

Exame de CD4 e Carga Viral mais recente:

Linfócitos T CD4+: _____ células/ml -**Data:** ____/____/____

Carga Viral: _____ cópias/ml -**Data:** ____/____/____

Tempo de abandono de tratamento em meses: _____

Última consulta no serviço de referência: _____

Tempo de Ausência em consultas: _____

Questões de apoio

1. Conte-me o que você faz para cuidar da sua saúde.
2. Após o diagnóstico de HIV houve mudança em relação as suas ações de cuidado à saúde?
 - 2.1. Se sim, como foi essas mudanças e quais foram? “Se sim, conte-me quais mudanças foram realizadas?”
 - 2.2. Se não, acha que deveria ter realizado mudanças? Fale sobre isso.
3. Se o (a) senhor(a) pudesse escolher um local para realizar o tratamento do HIV qual seria? Fale sobre isso.
4. Quais fatores faz o (a) senhor(a) sentir segurança nesse local para realizar o tratamento?
5. Em algum momento do seu tratamento de HIV já passou por uma experiência não foi satisfatório ou trouxe uma experiência insuficiente em algum serviço da rede de atenção? Fale sobre.
6. Quais serviços de saúde já utilizou para o acompanhamento de HIV? Fale sobre eles.
7. Em algum momento no decorrer do seu tratamento você já se afastou do serviço de saúde?
 - 7.1. Se sim, quantas vezes e quais fatores influenciaram?
 - 7.2. Se abandonou e retornou, o que motivou a buscar o tratamento novamente?
8. Teve algum sintoma neste tempo sem tratamento?
 - 8.1. Se sim, qual(is) sintoma(s)? E qual foi sua atitude? (para não induzir a resposta)
9. Conte o que fez você abandonar o tratamento do HIV?
10. Contou para alguém sobre o seu diagnóstico de HIV?
 - 10.1. Se sim, quem foi? Conte-me como foi essa experiência? Sentiu-se acolhido?
 - 10.2. Se não, quais os fatores que influenciaram a não comunicar o diagnóstico?
11. Você gostaria de explanar algo para aqueles que realizam o tratamento de HIV?
12. Gostaria de propor alguma sugestão para melhoria das ações de cuidado e apoio ao tratamento da PVHIV?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

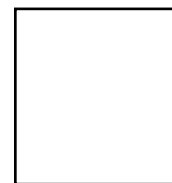
Convidamos você a participar da pesquisa: “Itinerário terapêutico de pessoas vivendo com HIV em abandono de tratamento”, cujo objetivo é analisar o itinerário terapêutico de pessoa vivendo com HIV/aids, cadastradas em um serviço de referência, em abandono de tratamento. Caso concorde, sua participação será dada por uma entrevista semiestruturada, realizada em serviço de saúde sem acarretar prejuízos a sua rotina, com agendamento prévio e disponibilidade em responder. Após o seu aceite, você terá tempo livre para responder a uma entrevista que será gravada em mídia de áudio digital. Sua participação é voluntária, não gera despesas e não receberá dinheiro para participar da mesma com garantia de sigilo. Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e realizar a retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos. A pesquisa tem como benefício o estudo de aspectos do itinerário terapêutico da pessoa vivendo com HIV, aprimoramento do cuidado ao paciente com HIV. Como riscos, você poderá manifestar desconfortos e constrangimentos no decorrer da sua participação na pesquisa, caso isso ocorra, você poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora Juliete Bispo dos Santos Mandu. Todo o material de dados e os questionários de coleta de dados gerados pela pesquisa serão guardados pela pesquisadora responsável em local seguro e privado, e que apenas a mesma terá acesso, e serão descartados após o período de 5 anos da finalização da pesquisa. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas, garantindo o anonimato das informações. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas da participação do aluno(a), sob sua responsabilidade, nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

E em caso de dúvida sobre essa pesquisa e da participação do(a) aluno(a) sob sua responsabilidade, você pode entrar em contato com a pesquisadora Juliete Bispo dos Santos Mandu, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 3345-9685 ou e-mail: juliete@ufms.br

Esse termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinada pelo pesquisador do estudo e por você, uma ficará em domínio do pesquisador e a outra com você. Esta Pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Obrigado pela colaboração.

Campo Grande, _____, _____, 2021.

Juliete Bispo dos Santos Mandu
(Pesquisadora Responsável)



Participante (a): Nome e Assinatura _____

Impressão dactiloscópica

ANEXOS**ANEXO A – Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em pesquisa**

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS EM ABANDONO DE TRATAMENTO

Pesquisadora Responsável: Juliete Bispo dos Santos Mandu

Como pesquisador (a) acima qualificado (a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes da unidade de saúde incluídas no estudo, que se constituem na base de dados da presente Pesquisa, tomando por base as determinações legais previstas nos item III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

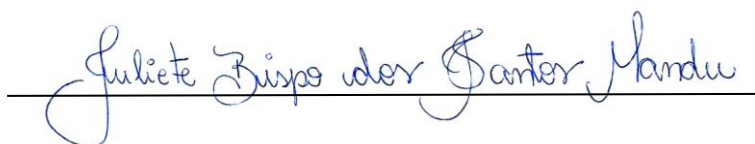
d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa- Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores da Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa- Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados nesta presente pesquisa, pelo qual se vinculam. Todos e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de nova pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

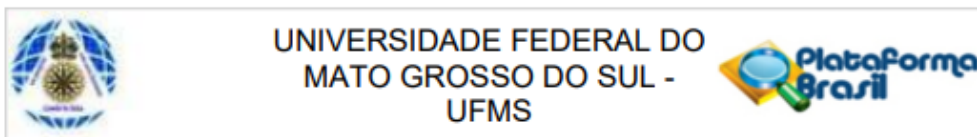
Campo Grande/MS, 18/01/2021



Nome: JULIETE BISPO DOS SANTOS MANDU

Investigadora Principal

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM ABANDONO DE TRATAMENTO

Pesquisador: Juliete Bispo dos Santos Mandu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42989321.3.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.605.804

Apresentação do Projeto:

O tema do presente projeto são os portadores do vírus HIV/Aids e o caminho assistencial que alcança muitos recursos de uma rede assistencial organizada. O objetivo do projeto é analisar o itinerário terapêutico de pessoas vivendo com HIV/Aids, cadastradas em um serviço de referência, em abandono de tratamento. O projeto propõe um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa. Os dados serão coletados junto as PVHA cadastradas em um hospital do município de Campo Grande- MS, que não retiraram a medicação, de acordo com o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), no período de três meses, e entrevista individual áudio gravada, no próprio serviço de saúde ou no domicílio. Estas serão transcritas na íntegra e analisadas segundo o referencial metodológico de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o itinerário terapêutico de pessoa vivendo com HIV/Aids, cadastradas em um serviço de referência, em abandono de tratamento.

Específicos

- Caracterizar as PVHA em abandono de tratamento cadastradas em um serviço de referência.
- Descrever os fatores influentes no abandono do tratamento de PVHA cadastradas em um serviço de referência.
- Apreender a percepção de PVHA, em abandono de tratamento, sobre o acompanhamento na

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 4.605.804

Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que os participantes poderão manifestar são desconfortos e constrangimentos no decorrer da sua participação na pesquisa, caso isso ocorra, eles poderão entrar em contato diretamente com a pesquisadora.

Os benefícios para os participantes são o estudo de aspectos do itinerário terapêutico da pessoa vivendo com HIV/Aids e o aprimoramento do cuidado ao paciente com HIV/Aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto trata-se de um projeto de pesquisa que será desenvolvida pela pesquisadora defender a dissertação e obter o título de mestre. Estima-se recrutar 400 participantes, PVHA com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas em um centro de referência para doenças infecto parasitárias. Por sua vez, serão excluídos indivíduos com deficiência auditiva, aqueles que não residem no município e não aceitem a realização da entrevista no centro de referência, que não compreendam bem o português, indivíduos em situações de confinamento tais como presidiários, institucionalizados ou residentes em casas de apoio e que foram a óbito no período da coleta de dados. A coleta de dados acontecerá no período de abril a setembro de 2021. Os participantes serão recrutados num hospital de Campo Grande, cuja anuência foi anexada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Autorização do local de recrutamento dos pacientes e acesso aos prontuários

Termo de compromisso para utilização de prontuários em projetos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise de todos os documentos e as modificações no TCLE quanto a gravação por áudio bem como a assinatura pela pesquisadora no Termo de Compromisso para utilização de prontuários em projetos de pesquisa, a situação do projeto é APROVADO.

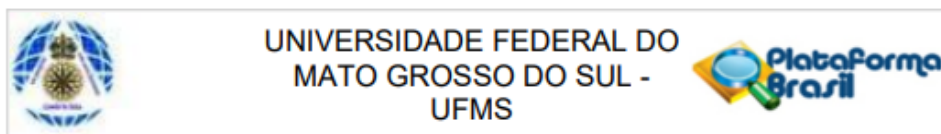
Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone, ∩ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepcconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.605.804

2) Renovação de registro do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/registro/>

3) Calendário de reuniões de 2021

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

4) Composição do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/composicao-do-cep-ufms/>

5) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

6) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

7) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

8) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.605.804

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

9) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

10) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

11) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

12) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

13) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

14) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

15) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

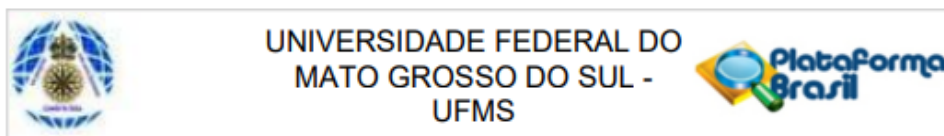
16) Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual

Disponível em: <https://cep.ufms.br/orientacoes-para-procedimentos-em-pesquisas-com-qualquer-etapa-em-ambiente-virtual/>

17) Solicitação de dispensa de TCLE e/ou TALE

Disponível em: <https://cep.ufms.br/solicitacao-de-dispensa-de-tcle-ou-tale/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.605.804

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros. Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

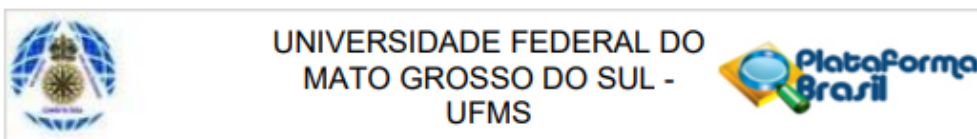
Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.605.804

Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

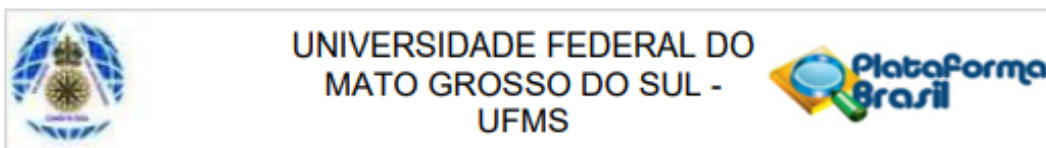
EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691030.pdf	03/03/2021 10:50:00		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS.pdf	03/03/2021 10:49:33	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_JULIETE_BISPO.pdf	03/03/2021 10:47:25	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TERMO_PRONTUARIO.pdf	03/03/2021 10:46:35	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.605.804

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_JULIETE_BISPO.pdf	19/01/2021 11:36:50	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/01/2021 20:13:49	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANUENCIA.pdf	18/01/2021 20:12:25	Juliete Bispo dos Santos Mandu	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 23 de Março de 2021

Assinado por:
Jeandre Augusto dos Santos Jaques
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone, e 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br