

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PORTADORES DE HIV DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA- SP

Lais Arroyo Lopes Anjo*; Alana Jordão*; Beatriz Santilli Motta*; Juliana da Silva Oliveira Faccio; Isadora Rocha Pasqualotto*; Natália Alves Morise*.

* Faculdade de Medicina da Universidade de Araraquara – UNIARA.

* Autor para correspondência e-mail: laisarroyo@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE

AIDS
Portador HIV
Adesão ao Tratamento

KEYWORDS

AIDS
HIV Carrier
Treatment Adherence

RESUMO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença retroviral causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizada por infecção e depleção dos linfócitos T CD4+ e imunossupressão acentuada, causando infecções oportunistas que podem levar ao óbito. Nos últimos anos, embora tenham ocorrido avanços científicos e aumento do acesso à informação acerca do assunto, a média de incidência de pessoas vivendo com HIV/AIDS se manteve alta e muitos pacientes ainda não têm usufruído totalmente das vantagens do tratamento. Este resultado, em grande parte, é decorrente da dificuldade da adesão correta do tratamento devido à visão restrita acerca da doença e complexidade dos regimes terapêuticos e seus efeitos colaterais, o que leva a uma má adesão ou o abandono do mesmo e consequente aumento da disseminação da doença. Assim, por meio da análise de dados, busca-se traçar o perfil de pacientes para que seja viável o planejamento de ações sociais específicas voltadas à conscientização desse público a respeito da importância da manutenção do tratamento. Para a realização deste trabalho, foram coletados dados de pacientes que fazem acompanhamento e tratamento no SESA-USP (Serviço Especial de Saúde de Araraquara), fornecidos pelos funcionários da instituição através de tabelas do Excel, sem qualquer tipo de identificação, que contém informações em relação ao sexo, idade, grau de escolaridade e frequência da retirada de medicamentos. A partir da análise dos resultados foi possível estabelecer um perfil de portadores que fazem má adesão ao tratamento, contudo, não foi possível fazer o mesmo em relação ao abandono, o que enfatiza a importância da conscientização de toda a população portadora do vírus HIV sobre o tratamento contínuo, para que o sucesso do tratamento reflita tanto na vida do paciente como na sociedade que este está inserido.

ASSESSMENT OF THE PROFILE OF HIV PATIENTS IN THE CITY OF ARARAQUARA-SP

ABSTRACT: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a retroviral disease caused by human immunodeficiency virus (HIV), characterized by infection and depletion of CD4 + T lymphocytes and immunosuppression, causing opportunistic infections that can lead to death. In recent years, although there have been scientific advances and increased access to information on the subject, the average incidence of people living with HIV/ AIDS has remained high and many patients have not yet fully enjoyed the benefits of treatment. This result is due in large part to the difficulty to accept the correct treatment due to the restricted view of the disease and the complexity of the therapeutic regimes and their side effects, which leads to poor acceptance and even rejection of the treatment, consequently causing an increase in the dissemination of the disease. Therefore, by the analysis of data, the profile of patients can be traced making it feasible to plan specific social actions aimed at raising public awareness of the importance of maintaining treatment. For the execution of this work, data were collected and followed up from patients who will then be treated at Araraquara Special Health Service (SESA-USP), provided by the institution's employees through Excel tables, without any identification, containing information regarding gender, age, educational level and how often patients take their medication. From the analysis of the results, it was possible to establish a profile of HIV carriers who have poor adherence to treatment, however, it was not possible to do the same in relation to abandonment, which emphasizes the importance of awareness of the entire population with the HIV virus about the continuous treatment, so that the success of the treatment reflects both on the patient's life and on the society in which he is inserted.

Recebido em: 10/08/2021

Aprovação final em: 17/10/2021

DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2022.v25i1.1039>

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV – human immunodeficiency vírus) é um retrovírus com genoma RNA, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (acquired immunodeficiency syndrome – AIDS), responsável por um deterioramento do sistema imunológico através da infecção de linfócitos T CD4+, macrófagos e células dendríticas. No momento em que o número de linfócitos T CD4+ está abaixo do limiar admissível, ocorre uma perda da imunidade mediada por células, tornando o corpo humano mais passível a infecções oportunistas (NETO *et al.*, 2021).

Seu surgimento aconteceu no mundo na década de 80, sendo que os primeiros casos de AIDS no Brasil ocorreram na região Sudeste no ano de 1983, principalmente na relação homossexual e em pessoas que receberam transfusão sanguínea quando ainda não eram realizados testes para detecção de anticorpos anti-HIV na triagem sorológica de doadores de sangue (MACEDO JUNIOR; GOMES, 2020). Inicialmente, o perfil epidemiológico configurava-se por pacientes do sexo masculino, alto nível econômico, com transmissão de caráter homossexual/bissexual principalmente nos grandes centros urbanos, porém como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, verificou-se uma mudança na propagação da infecção pelo HIV no país, revelando o crescente acometimento de heterossexuais como mulheres, indivíduos de baixa renda, em cidades de pequeno e médio porte (RODRIGUES JÚNIOR; CASTILHO, 2004).

O boletim epidemiológico mais recente publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde traz que, no ano de 2019 foram diagnosticados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de AIDS, com uma taxa de detecção de 17,8/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de AIDS detectados no país (BRASIL, 2020).

De 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sinan 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) na região Sudeste. Deste total, 237.551 (69,4%) casos em homens e 104.824 (30,6%) casos em mulheres (BRASIL, 2020).

A doença causada pelo HIV inicia-se com a infecção aguda, que é parcialmente controlada pelo sistema imunológico adquirido, e posteriormente, avança para uma infecção crônica, progressiva, dos tecidos linfoides periféricos. A infecção aguda é caracterizada pelo contágio inicial das células T CD4+ de memória nos tecidos linfoides da mucosa e a morte de várias células infectadas. A transição da fase aguda para a fase crônica da infecção é caracterizada pela disseminação do vírus, viremia e desenvolvimento de resposta imunológica humoral e celular contra os antígenos virais pelo hospedeiro. Nessa fase, o baço e os linfonodos representam locais de replicação contínua do HIV e de destruição celular (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

A infecção pelo vírus HIV leva a um comprometimento funcional dos sistemas imunológicos, tanto adquirido, quanto inato. Essa imunossupressão provocada pelo vírus é resultado da redução no número de células T CD4+, sendo que um dos principais mecanismos responsáveis por essa perda é efeito citopático direto da infecção viral nessas células, além da destruição pelas células T citotóxicas antígeno-específicas (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019).

Além disso, a redução no número de células T CD4+ pode resultar da ação de células T citotóxicas (citólise imune) ou ativação crônica, decorrente do grande desafio dos antígenos do HIV, gerando uma rápida diferenciação terminal e morte das células T (BRASIL, 2017).

“O aumento da liberação do vírus no sangue, à medida que o número de células T CD4+ diminui se correlaciona diretamente com o desenvolvimento dos sintomas da AIDS.”
(BRASIL, 2017)

Para que a transmissão do HIV aconteça quatro condições precisam ser atendidas. A primeira delas

é a presença do vírus, onde o HIV deve estar presente em um fluido corporal da pessoa. Contudo, é importante ressaltar que não são todos os fluidos corporais que são considerados infectantes, como a saliva, urina, lágrimas, fezes e suor, uma vez que estes não contêm quantidade de carga viral suficiente para infectar outra pessoa; além disso, também não é transmitido por abraço, água, comida, toaletes ou piscinas. Por outro lado, são considerados fluidos infectantes o sangue, as secreções vaginais, o sêmen e o leite materno. Dessa forma, outra condição a ser atendida é que exista quantidade suficiente de HIV no fluido que funciona como difusor da infecção, uma vez que a concentração de vírus estabelece se a infecção vai ou não ser efetiva. Além disso, a rota pela qual o fluido contendo HIV entra no corpo de outra pessoa deve ser uma rota eficaz, sendo as mucosas importantes portas de entrada. Por fim, para que a transmissão ocorra, é necessário que as células do sistema imunológico susceptíveis à infecção estejam presentes no local de entrada (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2019), (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2014).

A partir do reconhecimento da etiologia e do seu diagnóstico, iniciaram-se os esforços para a tentativa de controlar o vírus. Com o surgimento da terapia antirretroviral combinada, houve alterações significativas nos indicadores de mortalidade de AIDS, principalmente nos países em que a disponibilidade de tais medicamentos é universal e gratuita, como no Brasil. Mesmo ainda sem cura, os portadores do vírus da AIDS atualmente se deparam com um novo panorama da infecção, que antes era considerada uma doença fatal e evoluiu para uma doença de caráter crônico. Essa evolução no tratamento se mostra como um desafio de entrave pessoal, que inclui a vivência da sexualidade, da conjugalidade, da paternidade/maternidade com parceiros com sorologia igual ou diferente e outras inúmeras questões de natureza psicossocial vivenciadas por estas pessoas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS, 2016).

Juntamente com a disponibilidade desses novos recursos terapêuticos e da confiabilidade em um prognóstico positivo em pessoas soropositivas, constata-se que alguns pacientes não estão desfrutando das vantagens do tratamento, visto que, para que ocorra o sucesso da terapia antirretroviral, é necessária total adesão ao tratamento, sendo um processo de auxílio que favorece a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no dia-a-dia dos pacientes, inferindo sua participação nas decisões sobre o mesmo (RABKIN *et al.*, 2000).

“De alguma forma, a conduta de adesão pode ser considerada similar à aquisição de um hábito: informações são apreendidas e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária. Os profissionais e equipe de saúde, por sua vez, podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e que facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, para ajudá-lo a compreender a importância da TARV e melhorar o comportamento da adesão” (VÁSQUEZ; RODRÍGUEZ; ÁLVAREZ, 1998), (TULDRA; WU, 2002).

Para dar início ao tratamento contra o vírus HIV, é necessário que o paciente esteja preparado, pois uma nova rotina será adicionada ao seu dia a dia. Existem vários fatores que podem interferir negativamente na adesão, como aspectos relativos à alteração da rotina, às crenças e às medicações. Precisamente no caso de pacientes positivos para o HIV, elementos como motivação, depressão, maternidade, religiosidade, estilo de vida, entre outros, são determinantes no modo de enfrentamento à situação de saúde (FIUZA, *et al.* 2013).

Além disso, os pacientes que possuem diagnóstico recente desta condição apresentam diversas dúvidas nas primeiras consultas, o que pode levar a incompreensão e incapacidade de absorver todas as informações disponibilizadas pela equipe (BRASIL, 2013).

Portanto, por tratar-se de um momento complicado, compreender esta situação, esclarecer os questionamentos e fornecer informações atualizadas leva ao fortalecimento do vínculo entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço de saúde, auxiliando no sucesso terapêutico. Dessa forma, os profissionais de saúde, em especial os médicos, devem estar habilitados e sensibilizados a amparar os pacientes, a fim de que eles lutem positivamente com o início da terapia antirretroviral (BRASIL, 2013).

Considerando o panorama clínico, o estabelecimento da TARV está indicado em duas situações diferentes: a ausência de sintomas e a presença de sintomas. Portanto, recomenda-se que seja estimulado o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente dos sintomas e do número de linfócitos T-CD4+, com objetivo de redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2013).

Em relação à ausência de sintomas, a recomendação da terapia antirretroviral em indivíduos assintomáticos é devido à contagem de linfócitos TCD4+ e a carga viral, quando há risco de desenvolvimento da AIDS. Contudo, essa circunstância pode trazer obstáculos para aceitação do tratamento, pois além da pessoa não apresentar sinais e sintomas da doença, ela sente-se bem, podendo não entender os motivos para a utilização dessa terapia. Além do mais, os resultados positivos do uso desses antirretrovirais são “invisíveis”, pois não será perceptível sintomatologicamente, e sim nos resultados dos exames laboratoriais, havendo mudança nos indicadores imunológicos e virológicos (CD4 e carga viral). Dessa forma, para que o paciente visualize seu progresso, é essencial que o médico mostre e explique os resultados dos exames, reconhecendo, assim, as vantagens do tratamento e fortificando o incentivo da adesão (BRASIL, 2008).

Já em relação à presença de sintomas, o início da terapia antirretroviral ocorre quando o paciente já apresenta sinais e sintomas característicos do quadro de AIDS, como a perda de peso, diarreia, febre e fadiga (BRASIL, 2008).

“Quando o início da terapia ocorre nesse contexto, pode ser mais fácil para o paciente compreender que está na hora de iniciar o tratamento, pois a motivação para recuperar a boa saúde costuma ser alta. No entanto, outros aspectos dificultadores poderão estar presentes, como o fato de a pessoa vivenciar sofrimento físico e psíquico intenso por causa da debilidade de sua saúde, da ocorrência de infecções oportunistas, do contexto de internação etc” (BRASIL, 2008).

Desse modo, o início do tratamento para pacientes sintomáticos vem acompanhado de esperança e expectativas positivas em relação à melhora do estado geral, ganho de peso, eliminação de fadiga e alívio dos sintomas como um todo, culminando no retorno das atividades cotidianas dos indivíduos portadores do vírus HIV. Portanto, não é difícil, pois, perceber que esse cenário é um grande aliado para a adesão à terapia antirretroviral (BRASIL, 2008).

Para a identificação dos fatores que podem dificultar ou facilitar a adesão, estudos analisaram aspectos da enfermidade, do tratamento, da pessoa, da equipe e dos serviços de saúde relacionados ao TARV (BRASIL, 2008).

Dentre os fatores que dificultam, foram identificados a complexidade do regime terapêutico (que inclui o número de doses e comprimidos a serem ingeridos, o armazenamento, a dificuldade para ingestão devido ao tamanho de alguns medicamentos, uso de diferentes drogas, dentre outros), a precariedade ou ausência do suporte social, baixa escolaridade, difícil aceitação da soropositividade, transtornos mentais (como depressão e ansiedade), efeitos colaterais dos medicamentos, crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e a doença, insatisfatória relação médico-paciente e deste com outros profissionais de saúde, dentre outros (BRASIL, 2013)

Já na análise dos fatores facilitadores da adesão, é destacado o fato de que o paciente deve receber acolhimento e escuta ativa pela equipe multidisciplinar, criando um vínculo com os profissionais de saúde, para que possa compreender sua enfermidade e as razões do uso dos medicamentos, para assim

ter motivação e disposição para segui-lo. É válido frisar que os momentos pedagógicos e educativos fazem parte da atuação de todos os profissionais de saúde. Além disso, curso do tratamento e o esquema terapêutico devem ser simplificados e bem explicados ao paciente, para o qual podem ser utilizados métodos ilustrativos e didáticos para prevenir falhas na ingestão dos medicamentos e incompreensões (BRASIL, 2013).

O médico tem papel fundamental na comunicação com o paciente, pois isso pode influenciar na adesão. Dessa forma, observa-se que o uso de uma linguagem acessível e simplificada se torna fundamental para compreensão de aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento (BRASIL, 2013).

“Quando o profissional está disponível para explicar a prescrição e suas possíveis consequências, o paciente pode administrar melhor o aparecimento desses efeitos, sendo possível evitar a redução ou interrupção do tratamento por conta própria. O conhecimento e a convicção sobre a eficácia do tratamento que os profissionais de saúde têm sobre um determinado agente terapêutico são fatores que favorecem a adesão” (BRASIL, 2008).

No Brasil, independentemente de haver uma política pública bastante desenvolvida no campo da distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais, diversas adversidades e entraves são descritos por pacientes que vivem com HIV/AIDS, o que pode acarretar na suspensão do tratamento e do autocuidado (SANTOS, 2011).

O abandono da TARV pode acontecer concomitantemente ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo a frequência às consultas, a efetuação de exames e de qualquer outra atividade relativa ao autocuidado (BRASIL, 2008).

“Várias questões podem levar uma pessoa a interromper seu tratamento por conta própria. Estudos apontam que entre 30 a 50% de pessoas em uso de TARV interromperam seu tratamento por conta própria, por diferentes períodos de tempo, uma ou mais vezes ao longo da história do tratamento” (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006).

O serviço de saúde considera a escolha do paciente em não fazer o tratamento um fato a ser respeitado e trabalhado pelo sistema de saúde (BRASIL 2008).

Os serviços ambulatoriais de HIV e AIDS são orientados a implantar critérios necessários para o estabelecimento dos casos de abandono ao tratamento, tendo como objetivo supervisionar a adesão ao tratamento e efetuar a abordagem consentida (BRASIL, 2009).

“Recomenda-se que sejam considerados casos de abandono ao tratamento os usuários que: (a) não retirarem medicamentos antirretrovirais a partir de três meses após a data prevista e (b) não retornarem às consultas em seis meses” (BRASIL, 2009).

Uma das formas de avaliar a adesão dos pacientes é por meio dos registros da farmácia. Sendo que um dos fatores utilizados para indicar os níveis dessa adesão é a data de retirada desses medicamentos, comparada com a data esperada para que estes fossem retirados. Esse método de avaliação é baseado na possibilidade de que aqueles pacientes que retiram seus medicamentos na data prevista venham a apresentar uma maior chance de tomá-los de forma correta em comparação com aqueles pacientes que atrasam a retirada dos medicamentos (LLABRE *et al.*, 2006).

O perfil dos pacientes portadores do vírus HIV vem sofrendo mudanças ao longo do tempo e, no decorrer dos anos, o estigma e a discriminação relacionados à AIDS foram se diluindo, uma vez que

o conhecimento acerca da doença e seu tratamento se tornaram mais disseminados, havendo avanços científicos relacionados à mesma. No entanto, uma parcela da população ainda não possui acesso a essas informações e carrega consigo uma visão restrita frente à doença de forma geral. Por conseguinte, esse cenário reflete direta e negativamente na adesão ao tratamento da doença, uma vez que além da difícil aceitação da soropositividade, alguns outros fatores também estão correlacionados, como por exemplo, a complexidade do regime terapêutico, efeitos colaterais e baixa escolaridade dos pacientes.

De maneira geral o presente trabalho tem como objetivo levantar dados que permitam, após sua análise, traçar o perfil dos pacientes portadores do vírus HIV baseado em sexo, raça, faixa etária e escolaridade que apresentam má adesão ao tratamento da doença e/ou não aderem ao mesmo, relacionando e buscando entender se existe um motivo para a má adesão ao tratamento e/ou a sua não adesão, visando à elaboração de projetos sociais voltados ao público identificado. Esse panorama tem como finalidade demonstrar a importância do tratamento na melhora do estado geral, além de controlar a disseminação da doença, refletindo, portanto, na melhoria da qualidade de vida do paciente e das pessoas que o circundam.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho analisou dados de pacientes que realizam ou realizavam tratamento para HIV no Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA) Araraquara- SP no período de 2017 a 2018. Para essa análise foram utilizados os dados: idade, sexo, grau de escolaridade e frequência de retirada de medicamentos; sem que houvesse qualquer forma de identificação nominal, de endereço, telefone e nome da mãe.

Os dados foram coletados, em uma única vez, dentro das dependências do SESA – Araraquara, a partir do Sistema Juarez. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel para que fosse possível identificar os maiores índices que pudessem estar relacionados à má adesão do tratamento e/ou não adesão do mesmo.

Como visa-se entender os impactos dos casos de má-adesão e abandono do tratamento com o perfil destes pacientes, objetivou-se detectar tais influências via Teste de Independência. O mesmo avalia as relações entre duas variáveis categóricas (COHEN, 1976), via hipótese de não existir associação entre as variáveis () e sua existência () através de cálculos sobre estatísticas do teste e aferição das mesmas via distribuição de Qui-Quadrado, de onde é possível aceitar alguma das hipóteses formuladas. Em geral, no caso em que o p-valor supere o nível de 5% de significância não se rejeita a primeira hipótese (), caso contrário damos validade a segunda hipótese ().

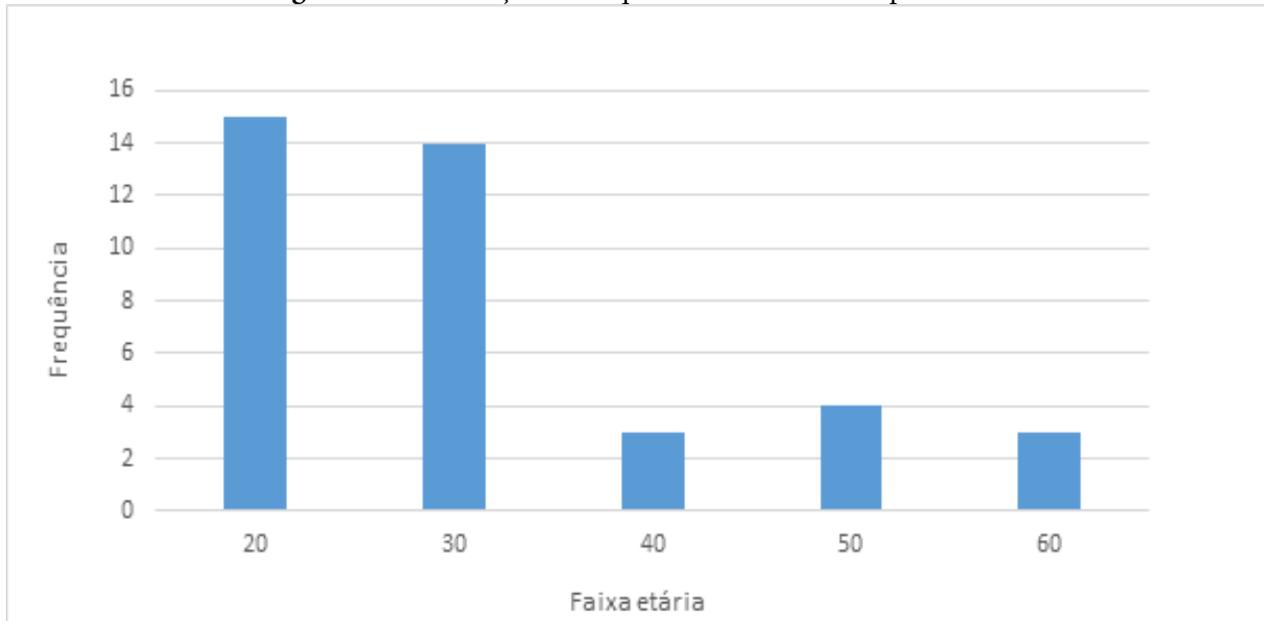
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, consideramos o número de meses decorridos entre o início do tratamento e a última retirada de medicação. Nos casos em que a última retirada foi antes de junho de 2018, foi considerado como período a ser analisado aquele compreendido entre o início do tratamento e junho de 2018.

A má-adesão se definiu aos pacientes que realizaram um número inferior de retiradas quando comparado ao número total de meses decorridos no período estudado. Dentro desta amostra, no entanto, existem os casos em que o paciente não apresentou três ou mais retiradas consecutivas, sendo estes classificados como casos de abandono ao tratamento.

Os pacientes do estudo apresentam em sua maioria idades entre 17 e 35 anos (Figura 1). Sendo que até 50% dos pacientes possuem até 28 anos de idade.

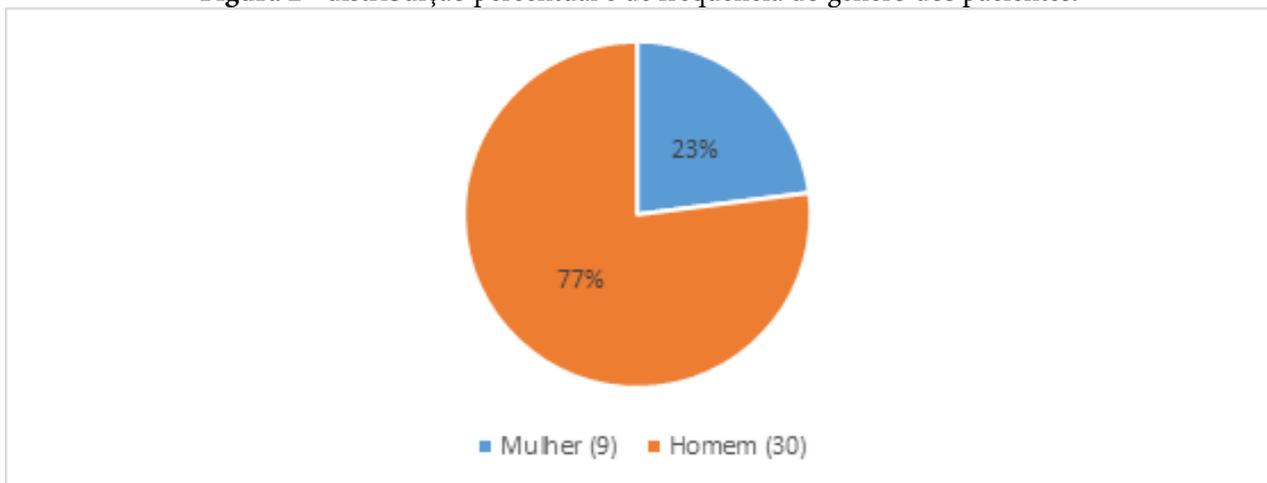
Figura 1 - Distribuição da frequência das idades dos pacientes.



Fonte: Autores.

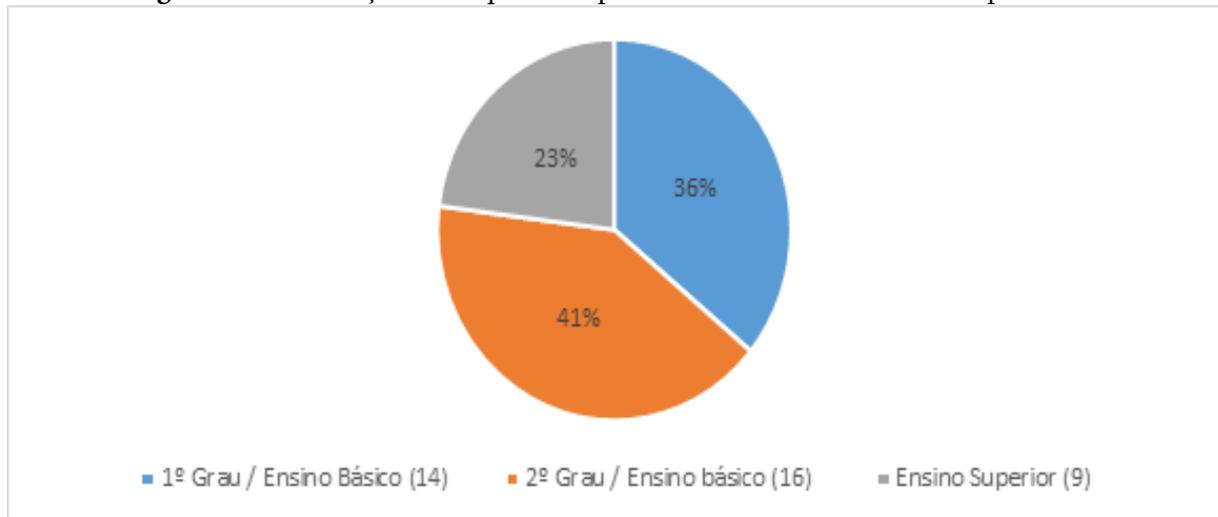
A amostra do estudo é composta por 39 pacientes, sendo 9 mulheres e 30 homens. (Figura 2)

Figura 2 - distribuição percentual e de frequência do gênero dos pacientes.



Fonte: Autores.

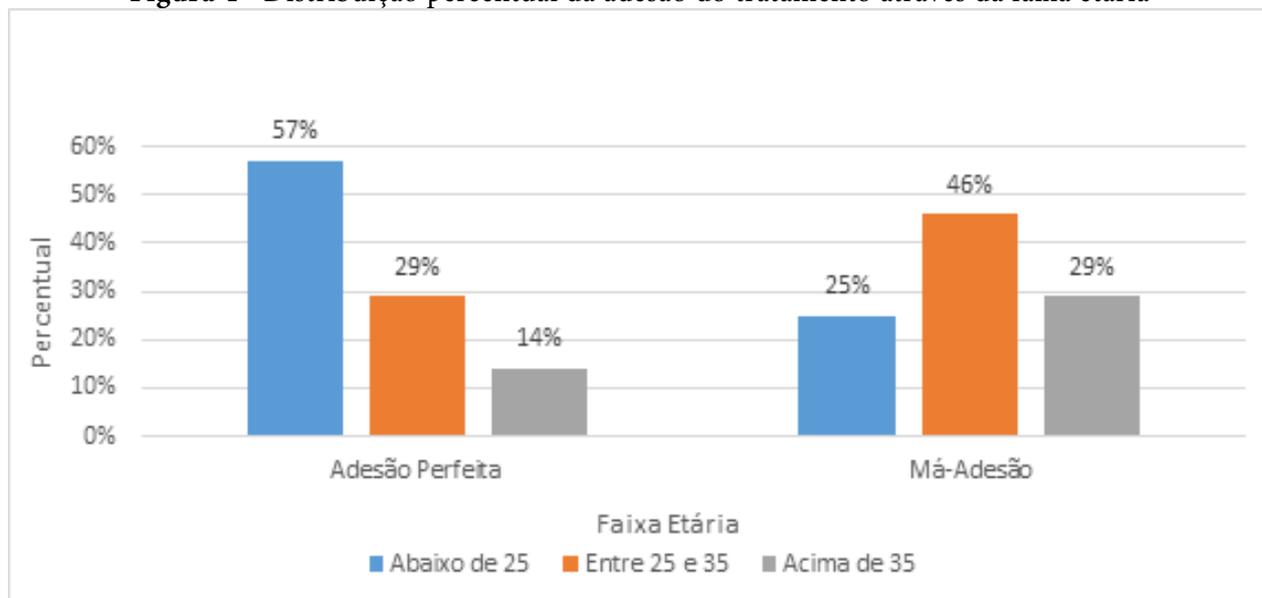
Por fim, verificou-se que dentre o grupo de pacientes, apenas 23% possuem Ensino Superior de escolaridade, como apresentado na Figura3.

Figura 3 - Distribuição da frequência e percentual das escolaridades dos pacientes

Fonte: Autores.

Considerando a faixa etária dos pacientes do estudo a Figura 4 indica que os pacientes do grupo de pessoas entre 25 e 35 anos tendem a ter um maior percentual (46%) de má-adesão do tratamento quando comparados com os outros pacientes. No entanto, ao realizar o teste de independência verificou-se que não há impacto da faixa etária com a má-adesão do tratamento ($p\text{-valor} = 27,44\%$).

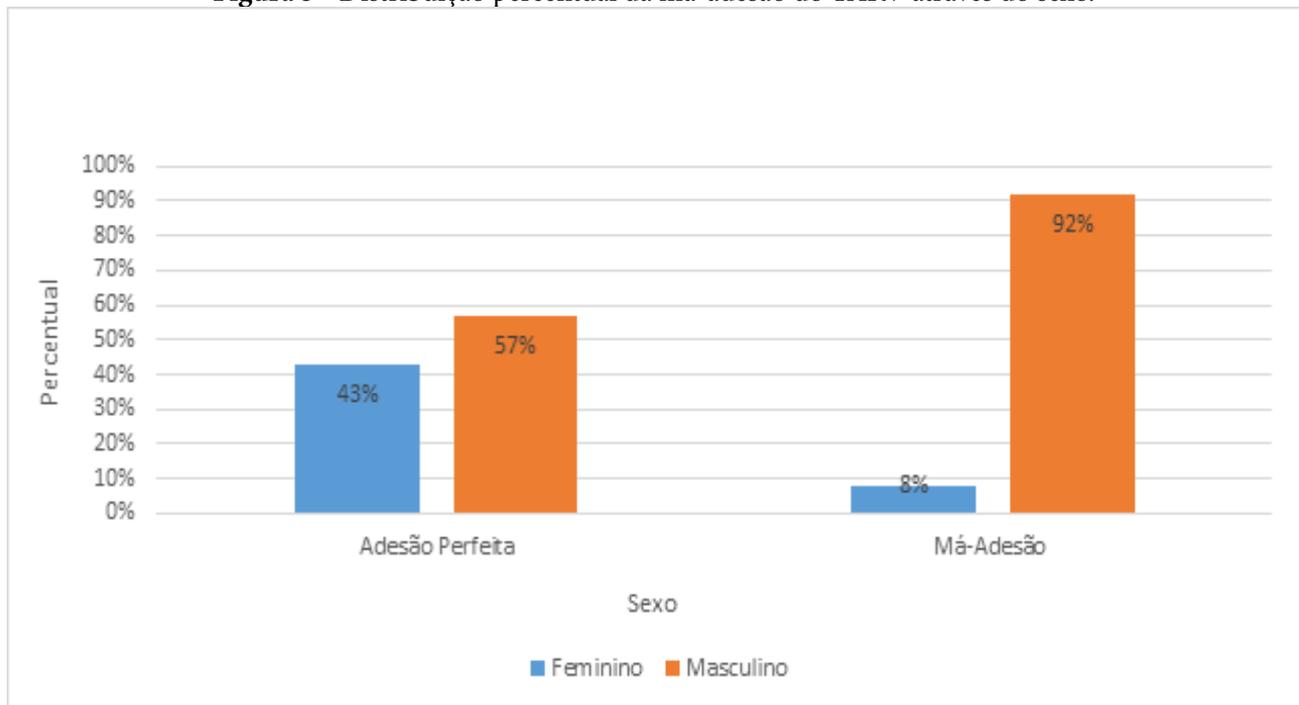
O mesmo aconteceu ao se estudar os casos de abandono por faixas etárias, onde os pacientes abaixo de 35 anos foram os que mais abandonaram o tratamento (75%), seguido pelos pacientes acima de 35 anos (25%). Ao analisar o teste de independência, identificou-se que não há relação entre abandono e faixa etária através do $p\text{-valor}$ de 73,62%.

Figura 4 - Distribuição percentual da adesão do tratamento através da faixa etária

Fonte: Autores.

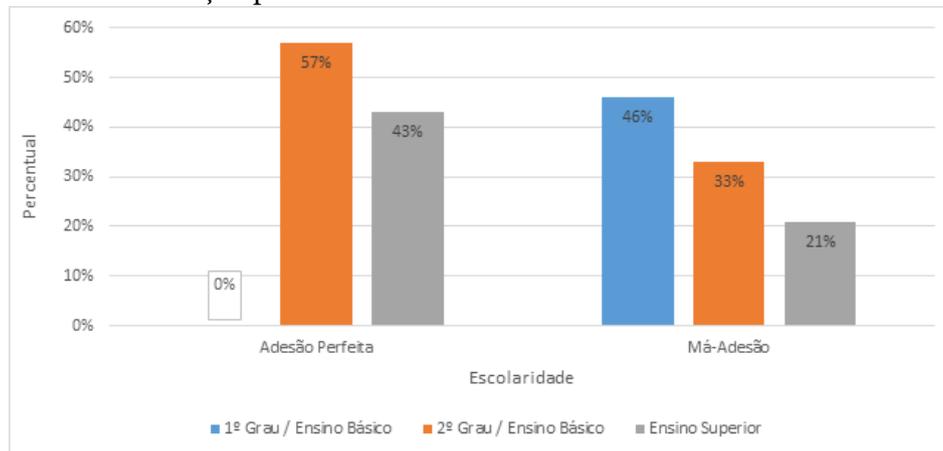
Pela Figura 5, há indicativos de que exista relação do sexo com a má-adesão, pois as distribuições dos percentuais de má-adesão por sexo não apresentam similaridade em valores, tal indicativo se comprova quando realiza-se o teste de independência, uma vez que considerando um p-valor de 2,88% há evidências que indiquem que o sexo seja fator que leve a má-adesão. Em relação aos casos de abandono, 50% dos que abandonaram são mulheres e 50% são homens, em um passo adiante, ao se testar a relação entre abandono e sexo, obteve-se como resultado o indicativo de que não existe associação entre estas variáveis, considerando um p-valor de 78,21%.

Figura 5 - Distribuição percentual da má-adesão do TARV através do sexo.



Fonte: Autores.

Por fim, a análise da relação entre escolaridade aos casos de má-adesão não mostrou impacto sobre o tratamento dos pacientes e a realização do teste de independência resultou em uma não associação entre as variáveis ($p\text{-valor} = 28,13\%$). Observando-se que todos aqueles com 1º grau de ensino tendem a realizar má-adesão da TARV. (Figura 6)

Figura 6 - Distribuição percentual da adesão do tratamento através da escolaridade

Fonte: Autores.

Para entender o impacto individual das variáveis sobre os casos de abandono e má-adesão do tratamento pelos pacientes, em um primeiro momento, é necessário realizar testes de hipóteses sobre a relação das variáveis e após este procedimento, constrói-se um modelo considerando o efeito conjunto de todas as variáveis levantadas em relação ao problema de estudo. Pode acontecer de uma variável observada unicamente em relação ao problema de estudo vir a não possuir associação como identificado pelo teste de independência, porém quando somada ao efeito de outras variáveis a mesma passa a ser significativa conjuntamente a outras em relação ao problema de estudo.

Tal modelagem foi feita utilizando o modelo semi-paramétrico de Cox (GREGORY, 1975) e a explicação de seu comportamento no caso de ser resultante uma variável cujos valores são apresentados como tempo até ocorrência de um evento de interesse, sua análise se baseia em uma série de técnicas chamadas Análises de Sobrevivência, cuja descrição de dados pode ser obtida via construção de curvas de sobrevivência do estimador não-paramétrico de Kaplan-Meier (KAPLAN; MEIER, 1958).

Com base nas informações obtidas pela análise das planilhas, dentre os 39 pacientes do estudo, apenas 8 (21%) abandonaram o tratamento contra o vírus HIV e 24 (62%) apresentaram má adesão.

Do modelo depreendeu-se que para os pacientes com má-adesão ao TARV a faixa etária, o sexo e a escolaridade é que melhor explicam esta questão, no qual homens, acima de 25 anos, com menor grau de escolaridade têm uma tendência a não seguirem o tratamento corretamente, enquanto mulheres, abaixo de 35 anos, com nível superior de ensino tendem a seguirem o tratamento corretamente.

Após análise dos resultados, foram elaborados cartazes informativos, sobre os benefícios do tratamento, direcionados para os perfis traçados nas análises da pesquisa, como também para os demais pacientes, com o intuito de conscientizá-los sobre a importância da adesão ao recurso terapêutico para uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente trabalho propôs-se avaliar o perfil da má adesão ou abandono ao tratamento por parte dos portadores de HIV no município de Araraquara, sem que houvesse pressuposto qualquer antecipação relativa ao que se obteria em termos estatísticos de pesquisa.

Durante a análise deste projeto, a partir dos estudos das variáveis utilizadas (sexo, faixa etária e escolaridade), concluímos que a escolaridade do paciente possui influência na má adesão ao tratamento, em que a maior escolaridade indica uma menor quantidade de casos com a má adesão. Além disso, em relação à variável sexo, mulheres tendem a ter uma maior adesão quando comparadas aos homens, assim

como pacientes mais novos tendem a ter uma melhor adesão quando observados em conjunto. Portanto, foi possível traçar um perfil do portador de HIV no município de Araraquara que faz uma má adesão ao tratamento, sendo este: homens acima de 25 anos com um menor grau de escolaridade. Já em relação ao abandono, não foi possível traçar o perfil do paciente, logo, concluímos que qualquer paciente pode vir a abandonar o tratamento, não só aqueles que fazem uma má adesão a este.

Nesse íterim, com base nos resultados obtidos, esse trabalho tem como finalidade desenvolver projetos de conscientização voltados para o perfil estabelecido, enfatizando a importância da adesão ao tratamento dos pacientes sintomáticos e assintomáticos. Para os primeiros é importante criar no paciente o sentimento de esperança e expectativa positiva em relação à melhora do estado geral, ganho de peso, eliminação de fadiga e alívio de sintomas como um todo, culminando no retorno de suas atividades cotidianas. Quanto aos portadores assintomáticos deve-se demonstrar que é significativa a persistência do tratamento visando sempre o aumento da contagem de linfócitos TCD4+ e a diminuição de sua carga viral, até níveis indetectáveis.

Todavia, não foi possível estabelecer o perfil dos portadores que abandonam o tratamento. Em razão disso, os projetos de conscientização não podem ser restritos ao perfil de má adesão traçado; mostra-se patente a necessidade de extensão do foco para todas as pessoas indistintamente. É de grande valia, então, a conscientização de toda a população portadora do vírus HIV sobre a importância do tratamento contínuo, para que o sucesso do tratamento reflita tanto na vida do paciente como na sociedade que este está inserido.

A difusão de informações e o esforço pelo combate tanto à falta de prevenção quanto ao abandono do tratamento devem pautar-se pelo pressuposto de que todos estão igualmente sujeitos ao contágio do vírus e que, aos portadores, o exato cumprimento dos termos do tratamento constitui medida fundamental à sua saúde.

A incidência geral e independente de ser o indivíduo jovem ou não, homem ou mulher, mais ou menos instruído, abastado ou pertencente a determinado grupo social ou não, revela que a conscientização preventiva deve ser intensa e comprometida por parte tanto do Poder Público, por meio dos órgãos de saúde, quanto da sociedade como um todo, e voltada à veiculação de que não mais se sustentam convicções estigmatizadas acerca de quem pode ou não ser portador de HIV.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer ao Dr. Walter Manso Figueiredo e a toda equipe do SESA (Serviço Especial de Saúde de Araraquara) por nos disponibilizar os dados referentes a pesquisa e por todo auxílio prestado durante realização do projeto, isso foi fundamental para conclusão do nosso trabalho.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. **Imunologia Celular e Molecular**. 9ª edição. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **ABIA esclarece dúvidas sobre a transmissão do HIV**. Rio de Janeiro, 2016. 2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**. Brasília, 2003. 17.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, 2020. 68.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 2008. 133.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica N° 208/2009 - UAT/DST - AIDS/SVS/MS**. Brasília, 2009. 2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**. Brasília, 2017. 197.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2013. 217.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.52, n.2, p.86-92, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

COHEN, J. E. The distribution of the chi-squared statistic under clustered sampling from contingency tables. **Journal of the American Statistical Association**, v.71, n.355, p.665-670, 1976. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2285597>. Acesso em: 21 abr. 2018.

FIUZA, M., L., T.; LOPES, E., M.; ALEXANDRE, H., O.; DANTAS, P., B.; GALVÃO, M., T., G.; PINHEIRO, A., K., B. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 740 - 748 , 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127729351019.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GREGORY, H. Isolation and structure of urogastrone and its relationship to epidermal growth factor. **Nature**, v.257, n.5524, p.325-327, 1975. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/257325a0>. Acesso em: 21 abr. 2018.

KAPLAN, E. L.; MEIER, P. Nonparametric estimation from incomplete observations. **Journal of the American statistical association**, v.53, n.282, p. 457-481, 1958. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2281868>. Acesso em: 21 abr. 2018.

LLABRE, M. M.; WEAVER, K. E.; DURAN, R. E.; ANTONI, M. H.; MCPHERSON-BAKER, S.; SCHNEIDERMAN, N. A measurement model of medication adherence to highly active antiretroviral therapy and its relation to viral load in HIV-positive adults. **AIDS Patient Care and STDS**, v.20, n.10, p.701-711, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029. Acesso em: 21 abr. 2018.

MACEDO JUNIOR, A., M., M.; GOMES, J., T. Estudo Epidemiológico da Aids No Brasil – No período de 2015-2019, a sua história e políticas públicas criadas até os dias atuais. **Temas em Saúde**, v.20, n.4, p. 1-28, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/08/20413.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M.A. **Microbiologia Médica**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. 1808. 7.ed.

PINTO NETO, L. F.S.; PERINI, F.B.; ARAGÓN, M. G.; FREITAS, M. A.; MIRANDA, A. E. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/cPNFd4GWmVZdGWNG8QrCYZC/?lang=pt#>. Acesso em: 13 dez. 2021.

RABKIN, G. J.; FERRANDO, S.; LIN, S. H.; SEWELL, M.; MCELHINEY, M. Psychological effects of HAART: A 2-year study. **Psychosomatic Medicine**, v.62, n.3, p.413-422, 2000. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.491.4100&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

RODRIGUES JÚNIOR, A; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.37, n.4, p. 312-317, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/67XPvbNsmg8zgK8RTkhzDtv/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan.. 2018.

RUSSEL, C. K. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/aids: a taxonomic exploration. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v.14, n.4, p.46-60, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12953612>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, F. B. **Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2011. 139. Psicologia – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

TULDRÀ, A.; WU, A. W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.31, p.154-157, 2002. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/12562041>. Acesso em: 17 jan. 2018.

VÁSQUEZ, I. A.; RODRÍGUEZ, C. F.; ÁLVAREZ, M. P. **Manual de psicología de La salud**. 2.ed. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.