

Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá

Antiretroviral Therapy: main causes of abandonment in the state of Amapá

Terapia Antiretroviral: principales causas de abandono en el estado de Amapá

Caren Julianne Figueiras de Assis Mello^{1*}, Joyce Cristina Silva do Amaral¹, Marcela da Silva Costa¹, Maria de Nazaré Miranda Cavalcante¹, Natássia Maia de Sá Rêgo¹, Lilianny Mara Rodrigues da Silva¹, Raquel Rodrigues do Amaral¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar causas de abandono a Terapia Antirretroviral (TARV) em pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado do Amapá. **Métodos:** Estudo descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), referência no estado do Amapá. Os dados foram obtidos em prontuários de indivíduos soropositivos admitidos no SAE/CTA de Macapá no período de Janeiro de 2017 a Julho de 2019 com registro superior a seis meses sem retirada da TARV. **Resultados:** Entre 228 prontuários selecionados, identificou-se predomínio do sexo masculino (64%), faixa etária entre 29 a 40 anos (38,2%), idade ao diagnóstico entre 21 a 31 anos (46,5%), procedentes da capital (74,1%), heterossexuais (48,7%), solteiros (53,1%) e inseridos no mercado formal (52,6%). Quanto a caracterização clínica, não estavam gestantes (21,5%), não usavam drogas (55,3%), uso de TDF+3TC+DTG (59,7%). Sem troca de esquema inicial (73,7%) e (74,5%) com carga viral desatualizada. Identificou-se como causa de abandono ao tratamento, transtornos psiquiátricos (18%), ausência de suporte social afetivo (12,3%) e dificuldades para comparecer ao SAE (26%). **Conclusão:** identificar as causas de abandono possibilita elaborar planos de intervenção e construção de uma rede de cuidados com vistas a buscar alternativas para diminuir o abandono na sua gênese.

Palavras-chave: AIDS, Terapia antirretroviral, Suspensão de tratamento.

ABSTRACT

Objective: To identify causes of abandonment of antiretroviral therapy (ART) in people living with HIV / AIDS in the state of Amapá. **Methods:** Descriptive, documentary, retrospective study, with a quantitative approach, carried out in the Specialized Service / Testing and Counseling Center (SAE / CTA), reference in the state of Amapá. The data were obtained from medical records of HIV-positive individuals admitted to the SAE / CTA in Macapá from January 2017 to July 2019 with a record of more than six months without taking ART. **Results:** Among 228 selected medical records, there was a predominance of males (64%), aged between 29 and 40 years (38.2%), age at diagnosis between 21 and 31 years (46.5%), coming from the capital (74.1%), heterosexuals (48.7%), single (53.1%) and inserted in the formal market (52, 6%). As for the clinical characterization, (21.5%) were not pregnant, (55.3%) didn't use drugs, (59.7%) used TDF+3TC+ DTG. No changes in initial regimen (73.7%) and (74.5%) with outdated viral load. It were identified as causes of treatment abandonment psychiatric disorders (18%), absence of affective social support (12.3%) and difficulties to attend SAE (26%). **Conclusion:** identifying the causes of abandonment makes it possible to develop intervention plans and build a care network with an aim to seek alternatives to reduce abandonment in it's root.

Key words: AIDS, Antiretroviral therapy, Withholding treatment

¹Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá - AP. *E-mail: carenjulianne@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar las causas del abandono de la terapia antirretroviral (TAR) en personas con VIH / SIDA en el estado de Amapá. **Métodos:** Estudio descriptivo, documental, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado en el Servicio Especializado / Centro de Pruebas y Asesoramiento (SAE / CTA), referencia en el estado de Amapá. Los datos se obtuvieron de registros médicos de personas VIH positivas admitidas en el SAE / CTA en Macapá desde enero de 2017 hasta julio de 2019 con un registro de más de seis meses sin retirada de TART. **Resultados:** entre los 228 registros médicos seleccionados, se identificó el predominio de hombres (64%), con edades comprendidas entre 29 y 40 años (38,2%), edad al diagnóstico entre 21 y 31 años (46,5%), provenientes de capital (74.1%), heterosexuales (48.7%), solteros (53.1%) e insertados en el mercado formal (52, 6%). En cuanto a la caracterización clínica, no estaban embarazadas (21.5%), no usaron drogas (55.3%), uso de TDF + 3TC + DTG (59.7%). Ningún cambio en el régimen inicial (73.7%) y (74.5%) con carga viral desactualizada. Se identificó como una causa de abandono del tratamiento, trastornos psiquiátricos (18%), ausencia de soporte social afectivo (12,3%) y dificultades por no comparecencia al SAE (26%). **Conclusión:** la identificación de las causas del abandono hace posible desarrollar planes de intervención y construir una red de atención con el fin de buscar alternativas para reducir el abandono en su origen

Palabras clave: SIDA, Terapia antirretroviral, Privación de tratamiento.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), representa um dos mais sérios desafios de saúde no mundo. Aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivem com HIV, contudo somente 23,3 milhões tem acesso à Terapia Antirretroviral (TARV), tendo por consequência a morte de dezenas de milhões de pessoas por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia em 1981 (UNAIDS, 2019).

A datar de 1996, a partir da Lei n. 9.313/96, o governo brasileiro assegura a distribuição de medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à TARV. O acesso a este tratamento garantido pelo governo brasileiro e por outras iniciativas internacionais assegurou diminuição da ocorrência das doenças oportunistas, das internações hospitalares, estabilização da epidemia, assim como maior sobrevida e melhora na qualidade de vida dos indivíduos que vivem com AIDS (BRASIL, 2010; HESTER EK. 2012).

Notificações do Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAN) registram 43.941 diagnósticos de novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS, com uma taxa de detecção em 2018 de 17,8/100.000 habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 966.058 casos de AIDS detectados no país.

Quanto as gestantes, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 infectadas com HIV, havendo aumento na taxa de detecção de 2,9/mil em 2018 quando comparada a 2,1/mil nascidos vivos em 2008, aumento que pode ser associado à ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2019).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) catalogou em 2018, 10.980 óbitos por causa básica AIDS (CID10: B20 a B24), com uma taxa padronizada de 4,4/100.000 habitantes. Ressalta-se que esta taxa sofreu decréscimo de 22,8% entre 2014 e 2018, presumivelmente, em consequência da recomendação do “tratamento para todos” e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2019).

Dados regionais apontam que entre 2007 e 2017, a região Norte, apresentou a menor redução nas taxas de detecção de AIDS, com percentual de 20,0% quando comparada as demais regiões: Sul (59,5%), Centro-Oeste (46,3%), Nordeste (38,9%) e Sudeste (38,1%), todavia, no que se refere ao estado do Amapá, em 2017, o ranking das Unidades Federativas (UF) registrou que o estado apresentou a segunda maior taxa de detecção, com 29,8 casos por 100 mil habitantes, ficando atrás apenas do estado de Roraima com 36,8 (BRASIL, 2018a). Silva GAG, et al. (2015) destacam que o êxito da TARV para o controle HIV já é consenso

na literatura científica, contudo, para a redução da replicação do HIV no sangue circulante, se requer níveis elevados de adesão aos medicamentos antirretrovirais. Portanto, estudos registram que para que as pessoas que vivem com AIDS alcancem supressão viral, a percentagem de adesão aos esquemas terapêuticos deve chegar a 80%.

Ressalta-se que a adequada adesão ao tratamento da TARV, apesar de propiciar melhor qualidade de vida dos indivíduos com HIV e AIDS, redução dos episódios de doenças oportunistas e das internações hospitalares e aumento significativo no tempo de sobrevivência, ainda constitui um desafio à saúde pública (POLEJACK L e SEID EMF, 2010; SOARES GB, 2015). Mediante tal cenário, e considerando que a utilização dos antirretrovirais revolucionou o tratamento da infecção pelo HIV por constituir recurso terapêutico que vem sendo recomendado cada vez mais precoce com o objetivo de diminuir a transmissibilidade do vírus, este estudo teve como objetivo identificar causas de abandono a Terapia Antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado do Amapá.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, documental, de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), referência no atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS no estado do Amapá. Os dados foram obtidos em prontuários de indivíduos soropositivos ao HIV cadastrados no SAE/CTA de Macapá. Constituíram critérios de seleção indivíduos admitidos no serviço no período de Janeiro de 2017 a Julho de 2019 com registro de mais de seis meses sem retirada da TARV. Os dados foram obtidos nos meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020. Foi utilizado um instrumento com caracterização sociodemográfica e clínica construído especificamente para o estudo. Para análise dos dados foi construído um banco em planilha do *Excel for Windows* e descritos por meio de estatística descritiva.

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto seguiu as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/12, que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Após autorização institucional do CTA/SAE, cenário do estudo, o projeto foi cadastrado na plataforma Brasil para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, tendo parecer favorável sob n. 3.722.641.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 228 prontuários de indivíduos soropositivos para o HIV/AIDS registrados no SAE/CTA de Macapá-AP, no período de janeiro de 2017 a julho de 2019. Identificou-se predomínio de indivíduos do sexo masculino (n=146; 64%), com faixa etária entre 29 a 40 anos (n=87; 38,2%), idade ao diagnóstico entre 21 a 31 anos (n=106; 46,5%), procedentes da capital (n= 169; 74,1%), heterossexuais (n=111; 48,7%), solteiros (n=121; 53,1%) e inseridos no mercado formal (n=120; 52,6%) conforme **Tabela 1**.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de pessoas vivendo com HIV/AIDS com mais de seis meses sem retirar a TARV. SAE/CTA. Macapá – AP, 2017-2019. (n=228)

Variáveis	N	%	
Sexo	Masculino	146	64,0
	Feminino	78	34,2
	Transgênero	4	1,8
Idade ao diagnóstico	2 a 20	37	16,2
	21 a 31	106	46,5
	32 a 42	47	20,6
	43 a 53	25	11,0
	54 a 62	6	2,6
	63 a 74	3	1,3
	Sem registro	4	1,8
Procedência	Capital	169	74,1
	Interior	59	25,9
Orientação Sexual	Heterossexual	111	48,7
	Bissexual	22	9,6
	Homossexual	39	17,1
	Ignorado	56	24,6
Estado Civil	Casado	13	5,7
	Divorciado	2	0,9
	Solteiro	121	53,1
	União Estável	66	29,0
	Ignorado	26	11,4
Ocupação	Desempregado	61	26,7
	Trabalhador Formal	120	52,6
	Servidor Público	2	0,9
	Aposentado	2	0,9
	Estudante	20	8,8
	Ignorado	23	10,1

Fonte: Mello CJFA, et al., 2020.

Neste estudo o predomínio de pessoas do sexo masculino (64%), corrobora com os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) que registrou em 2019 11.123 casos de AIDS no sexo masculino e 4.796 no sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Outros estudos também identificaram o mesmo predomínio (GALVÃO MTG, et al., 2015; MUTABAZI-MWESIGIRE D, et al., 2014). A literatura aponta a utilização de drogas lícitas e ilícitas e orientação homossexual/bissexual como associação significativa ao predomínio da soropositividade entre o sexo masculino (PEREIRA BS, 2014). Adultos jovens (46,5%) constituiu a idade em que o diagnóstico da infecção pelo HIV teve maior prevalência, compatível com outros achados descritos na literatura, presumivelmente infectados pela iniciação sexual precoce, cabendo evidenciar a importância de orientações para a população jovem no que diz respeito às estratégias de proteção e prevenção (DARTORA WJ, et al., 2017; PEREIRA BS, et al., 2014).

Quanto à procedência houve predomínio de pessoas residentes na capital (74,1%), o que viabiliza maior facilidade de acesso à informação e tratamento, em oposição às pessoas que residem no interior. Estes achados ratificam outros estudos (PEREIRA BS, et al., 2014; TEIXEIRA SP, et al., 2020), entretanto a expansão da epidemia no interior do país está se tornando uma realidade, especialmente nas áreas fronteiriças (RODRIGUES-JÚNIOR AL e CASTILHO EA, 2010).

Referente à orientação sexual e estado civil, este estudo evidenciou maioria heterossexual (48,7%) e solteiros (53,1%), distinguindo-se como epidemia relacionada à comportamentos sexuais de risco, tais como não uso do preservativo nas relações sexuais, múltiplos parceiros sexuais, início precoce das relações sexuais e uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais (BERMÚDEZ MDLP, 2016). Cabe ressaltar que no Brasil e no mundo, a incidência de casos entre heterossexuais tem tido aumento relevante, suscitando de forma expressiva o crescimento da epidemia também entre as mulheres (MOMBELLI MA, et

al., 2015). A ocupação em maior destaque identificada neste estudo foi de indivíduos inseridos no mercado formal (52,6%), de maneira semelhante a estudo realizado em Ribeirão Preto (FORESTO JS, et al., 2017).

Quanto a este aspecto, Schilkowsky LB, et al. (2011) ressaltam o desemprego ou o vínculo de trabalho instável como fatores que favorecem o abandono do tratamento, todavia, os achados deste estudo não acompanharam este padrão. No que diz respeito à caracterização clínica, obteve-se um maior percentual de abandono a TARV em pacientes mulheres não gestantes (21,5%), sem relato de uso de drogas (55,3%) e em uso do esquema Tenofovir+Lamivudina+Dolutegravir (TDF+3TC+DTG) (59,7%). Identificou-se que não tiveram troca de esquema inicial (73,7%) e maioria com registro de pacientes com carga viral desatualizada (74,5%). Presença de transtornos psiquiátricos (18%), ausência de suporte social afetivo (12,3%) e dificuldades para comparecer ao SAE para retirada da TARV (26%) foram os itens com maior destaque como causas de abandono ao tratamento (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Caracterização clínica de pessoas vivendo com HIV/AIDS com mais de seis meses sem retirar TARV. SAE/CTA. Macapá – AP, 2017-2019. (n=228).

Variáveis	N	%	
Gestante ao diagnóstico	Sim	29	12,7
	Não	49	21,5
	Não se aplica	150	65,8
Relato do uso de drogas ilícitas	Sim	49	21,5
	Não	126	55,3
	Ignorado	53	23,2
TARV em uso	(a)TDF+3TC+ATV/r	8	3,5
	(b)TDF+3TC+EFZ	29	12,7
	(c) AZT+3TC+NVP	1	0,4
	(d) TDF+3TC+DTG	136	59,7
	(e) TDF+3TC+KALETRA	1	0,4
	Outros	20	8,8
	Sem registro	33	14,5
Troca de esquema inicial	Sim	28	12,3
	Não	168	73,7
	Sem registro	32	14,0
Falha Viroológica	Sim	35	15,4
	Não	23	10,1
	Carga viral desatualizada	170	74,5
Causas de má adesão	Abuso de álcool e drogas	12	5,3
	Ausência de suporte social afetivo	28	12,3
	Habilidades cognitivas insuficientes	8	3,5
	Complexidade do regime terapêutico	8	3,5
	Crenças	3	1,3
	Dificuldades para comparecer ao SAE	26	11,4
	Efeitos colaterais da TARV	17	7,5
	Relato de transtornos psiquiátricos	41	18,0
	Sem registro	85	37,3

Legenda: ^(a)Tenofovir+Lamivudina+atazanavir/ritonavir; ^(b)Tenofovir+Lamivudina+Efavirenz; ^(c)Zidovudina+Lamivudina+Nevirapina; ^(d)Tenofovir+Lamivudina+Dolutegravir; ^(e)Tenofovir+Lamivudina+KALETRA.

Fonte: Mello CJFA, et al., 2020.

Neste estudo, o percentual de gestantes que deixou de receber a TARV correspondeu a 12,7%. Tal fato constitui fato desfavorável, ao considerar que toda gestante infectada pelo HIV tem indicação para iniciar a TARV a partir da 14ª semana de gestação, logo após a coleta de exames, mesmo antes de se ter os resultados dos Linfócitos T, CD4 e Carga Viral. Em vista disso, estudos prospectivos confirmam a efetividade do tratamento antiretroviral durante a gravidez, diminuindo a taxa de transmissão vertical do HIV – 1 da mãe para filho. (BRASIL, 2018b; COOPER ER, et al., 2002).

Neste âmbito, estudos ressaltam que a supressão viral é um fator determinante na redução da transmissão vertical. A CV-HIV materna suprimida (CV plasmática abaixo de 50 cópias/mL) próxima ao parto, favorecida pelo uso de TARV durante a gravidez, reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%. Em vista disso, torna-se imprescindível a sensibilização materna e um cuidado singular para o acompanhamento das gestantes vivendo com HIV (TOWNSEND CL, et al., 2014; BRASIL, 2019).

No que diz respeito ao uso de drogas, não houve neste estudo forte consistência entre esta variável e o abandono do tratamento, predominando indivíduos sem relato de uso das mesmas (55,3%), divergindo de outras pesquisas (SCHILKOWSKY LB, et al., 2011; SILVA JAG, et al., 2015). Neste âmbito, Polejack L e Seidl EMF (2010) registram a adesão como elemento determinante para a eficácia da TARV, todavia a adesão precisa ser vista como um processo dinâmico, multideterminado e de responsabilidade compartilhada entre o paciente e a equipe de saúde que o assiste. No que se refere ao esquema terapêutico, avanços nas pesquisas sobre o uso dos medicamentos anti-retrovirais para o tratamento e prevenção da infecção pelo HIV justificam atualização das recomendações desde a última versão das recomendações publicadas em 2014 (GÜNTHARD HF et al., 2016).

Ensaio clínico randomizado evidenciam que, com raras exceções, todos os indivíduos infectados pelo HIV, independente de sua contagem de células CD4, devem iniciar a TARV o mais rápido possível após o diagnóstico, com vistas a impedir a progressão da doença, melhorar os resultados clínicos e limitar transmissão (LUNDGREN JDM, et al., 2015). O início precoce da TARV reduz a morbidade e a mortalidade de pacientes com infecção pelo HIV, reduzindo o potencial de transmissão e suprimindo a replicação viral (LUNDGREN JD, et al., 2015; COHEN MS, et al., 2011). Entretanto, barreiras estruturais, atitudes dos pacientes e contratempos com fornecedores podem impedir o início rápido do tratamento do HIV. Por exemplo, o teste do HIV geralmente ocorre em locais diferentes daqueles onde o tratamento é iniciado, o que pode resultar em várias semanas até que o paciente possa buscar tratamento para o HIV. Outras vezes, são necessárias etapas adicionais para agendar e manter consultas com o médico que irá prescrever (PILCHER CD, et al., 2017).

Estudos registram que a prescrição e início da TARV no mesmo dia do diagnóstico da infecção pelo HIV, contribui para maiores benefícios quando comparados quando o início da TARV se dá após os primeiros seis meses da infecção. Nestas condutas a longo prazo, se faz necessário avaliação para análise da eficácia e limitações (BUZON MJ, et al., 2014; GÜNTHARD HF et al., 2016).

O início da TARV em “controladores de elite” (definidos como pacientes com infecção confirmada pelo HIV e RNA persistente e indetectável do HIV sem TARV) permanece controverso. Todavia, os controladores de elite ainda podem se beneficiar da TARV porque apresentam níveis mais altos de ativação imune e um risco aumentado de doença cardiovascular e hospitalização em comparação com indivíduos que atingem a supressão virológica com a TARV (CROWELL TA, et al., 2015). O início do tratamento, no entanto, é recomendado para pessoas infectadas com carga viral indetectável persistente sem TARV, mas com contagem decrescente de células CD4 (GÜNTHARD HF, et al., 2016).

No início de 2017, o Dolutegravir (DTG), foi incorporado ao SUS, em razão do seu maior perfil de segurança, alta potência e alta barreira genética. Desde essa época, recomenda-se o uso de TDF, 3TC e DTG como esquema preferencial para início da TARV para manejo da infecção pelo HIV, exceto em gestantes e coinfectados por tuberculose (BRASIL, 2017). Neste âmbito estudo destaca que novos medicamentos que combinam excelente potência com maior comodidade, segurança e tolerabilidade tornam possível a supressão viral ao longo da vida e reduzem o risco de resistência viral (GÜNTHARD HF, et al., 2016).

Sobre este esquema terapêutico, estudo ressalta que os regimes baseados em inibidores de transferência de cadeia da integrase (INSTIs) são as opções preferidas devido à sua potente atividade antirretroviral (alta barreira à resistência) e ao melhor perfil de segurança (RODRIGUEZ-GONZALEZ CG, et al., 2020). Cabe também ressaltar que o início da TARV com esquema contendo DTG apresenta taxas superiores de supressão viral (CV-HIV < 50 cópias/mL) e menor risco de descontinuação de uso devido a eventos adversos, quando comparado a esquemas iniciais baseados em inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo ou nucleotídeo (ITRNN), inibidores da protease (IP) ou outros inibidores da integrase (INI) (ORRELL C, et al., 2017; SAX PE, et al., 2017).

Portanto, neste estudo obteve-se predomínio da combinação de TDF+3TC+DTG (59,7%). Esses resultados são corroborados por Araújo KC, et al. (2019). Estudo de coorte prospectivo realizado em Belo Horizonte, registrou maior ocorrência de reação adversa a medicamento (RAM) entre os pacientes em uso de TDF/3TC/EFV (89,2%) quando comparados com os pacientes em uso de TDF+3TC+DTG (76,4%) (MENDES JC, 2017).

No presente estudo (73,7%) não necessitaram de troca do esquema inicial, indo de encontro às recomendações do Ministério da Saúde, que sugere a substituição da TARV, somente em situações nas quais há vantagens relativas a efeitos adversos, melhora da adesão, menores interações medicamentosas ou perspectiva de uso em determinadas comorbidades em relação ao esquema atual do antirretroviral. A avaliação de riscos e benefícios deve incluir a perspectiva pessoal da pessoa e seu desejo de manter ou substituir a TARV vigente (BRASIL, 2018b).

Tendo em vista que o principal objetivo da terapia anti-HIV é a supressão da replicação do vírus, a quantificação do HIV na corrente sanguínea, a Carga Viral (CV) é importante marcador de resposta ao tratamento antirretroviral e sua falha. Por essa razão, o Ministério da Saúde preconiza a carga viral (CV-HIV) como norteadora na avaliação da eficácia da TARV e detecção precoce da falha virológica, que é verificada através de duas análises laboratoriais seriadas de CV-HIV detectáveis (BRASIL, 2018b).

Identificou-se neste estudo, (74,5%) dos pacientes cadastrados com carga viral desatualizada e (15,4%) apresentaram falha virológica. Estudo realizado em Brasília identificou (16,91%) de falha virológica, estando associada a pessoas com maior tempo de diagnóstico, renda per capita baixa e com dificuldade de acesso ao atendimento (MATSUMOTO Y, 2018). Tal ocorrência, de acordo com Brasil (2018), pode reduzir os benefícios em relação à recuperação imunológica ocasionando vulnerabilidade aos pacientes à complicações como a adição de mutações virais resistentes aos antirretrovirais, limitando futuros coquetéis terapêuticos eficazes.

Em vista disso, identificar a falha virológica com a maior brevidade possível torna-se imprescindível para evitar essas graves consequências. Apesar dos inegáveis avanços no tratamento da AIDS, persiste o desafio da garantia de uma boa adesão ao tratamento necessário, e em especial ao uso da TARV. Entre as causas de má adesão e conseqüente abandono ao tratamento, o predomínio de transtornos psiquiátricos (18%), ausência de suporte social afetivo (12,3%), dificuldades para comparecer ao SAE para retirada da TARV (11,4%) e efeitos colaterais da TARV (7,5%), retratam a realidade do estudo aqui vigente.

Globalmente, pessoas vivendo com HIV/AIDS são duas vezes mais afetadas pela depressão quando comparadas a população em geral (O'CONNOR JL, et al., 2016). A depressão pode ocorrer em todas as fases da infecção possuindo forte impacto por sua reconhecida capacidade de abandono ao tratamento, influenciando a qualidade de vida, o agravamento da progressão da doença e aumento da mortalidade (NANNI MG, et al., 2015).

A adesão a TARV engloba aspectos de subjetividade individual e de interações sociais, construídas e reconstruídas ao longo do tempo sobre a infecção pelo HIV (MIRANDA AE, et al., 2012). Desse modo, a presença de uma rede social de apoio, esteio de segurança e de amparo, representado pela presença de familiares e amigos na vida da pessoa vivendo com HIV/AIDS, se configuram como elementos indispensáveis para enfrentamento de situações de estresse. A dificuldade para comparecer ao SAE para retirada da TARV correspondeu neste estudo a 11,4% dos casos. Esse dado reflete particularidade estadual, visto que no

estado do Amapá, que possui 142.85 km² de extensão territorial, conta com apenas duas unidades de retirada da TARV atuantes, uma na capital, Macapá, e outra a 580,1 km no município de Oiapoque, região de fronteira com a Guiana Francesa. Em vista disso, facilitar o acesso à medicação e aos serviços de referência pode contribuir para a redução do abandono ao tratamento.

Sousa Filho MPS, et al. (2012), apontou fatores sociais e econômicos, como a falta de recursos e dificuldade de locomoção, como fatores limitadores do acesso à unidade, dificultando os pacientes os serviços de saúde e cooperando assim para a não adesão.

Habilidades cognitivas insuficientes correspondeu a 3,5% dos casos neste estudo, mostrando que o pouco conhecimento em relação ao tratamento podem levar à má adesão ou ao abandono justamente por esses pacientes não compreenderem a relevância do uso das medicações, não realizarem a tomada nos horários certos, e também por haver uma dificuldade em assimilar as orientações dadas pelos profissionais de saúde. Moraes DCA, et al. (2015) evidenciaram em seu estudo que o conhecimento do paciente acerca da TARV é um fator relevante para adesão ao tratamento e o desconhecimento compromete o seu sucesso.

Sobre o aspecto citado, pode-se relacionar diretamente com a complexidade do regime terapêutico, que também corresponde a 3,5% dos casos do estudo, pois, quando não há pleno entendimento do regime terapêutico, o conhecimento da tomada todos os dias e nos horários corretos, há adoção de hábitos irregulares, que acarretará em resistência às medicações existentes, que diminuirão as opções de tratamento com o passar do tempo, que além do possível abandono do tratamento, também podem levar a possível transmissão de vírus que já sofreram mutações (MORAES et al., 2018)

Neste contexto, Brasil (2018), ressalta aspectos importantes para adesão a TARV, tais como: sentir-se acolhido por toda equipe de saúde, receber informações claras sobre a doença, complicações e formas de tratamento por profissionais capacitados, disponibilização do tratamento antirretroviral de forma simples e suporte emocional familiar e social

Por fim, evidências científicas ressaltam que os agentes anti-retrovirais continuam sendo a pedra angular para prevenção e tratamento do HIV. Todos os indivíduos com infecção plasmática detectável, para HIV, devem receber tratamento com os esquemas iniciais recomendados, que consiste em combinações de três antirretrovirais, sendo dois INSTIs, associados a uma outra classe de antirretrovirais: ITRNN, IP ou INI. As TARVs atualmente disponíveis, quando utilizadas de forma correta, tem o potencial de suprimir a infecção pelo HIV e prevenir nova infecção. Com esses esquemas de tratamento, as taxas de sobrevivência entre adultos infectados pelo HIV podem ser similares a de adultos não infectados (GÜNTARD HF et al., 2016).

CONCLUSÃO

O monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV constitui importante ferramenta para subsidiar estratégias de enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS. A partir da identificação dos fatores associados ao abandono do tratamento antirretroviral, este estudo aponta que, de modo mais significativo, transtornos psiquiátricos, ausência de suporte social afetivo e dificuldades para comparecer ao SAE para retirada da TARV, constituem elementos distintos, porém inter-relacionados, que concorrem para o abandono do tratamento. Nesta direção, abrem-se indicativos de que o monitoramento da adesão constitui importante estratégia para identificar as dificuldades mais significativas, possibilitando que a equipe de saúde avalie a elaboração de planos de intervenção ou a necessidade da construção de uma rede de cuidados de forma a trabalhar os aspectos levantados de forma preventiva, com vistas a buscar alternativas para diminuir o abandono na sua gênese.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO KC, et al. Avaliação clínica e laboratorial de pacientes portadores de HIV/AIDS acompanhados em um serviço de atendimento especializado. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica, 2019; 6: 1-6.
2. BERMÚDEZ MDLP, et al. Analysis of cognitive variables and sexual risk behaviors among infected and HIV-uninfected people from Spain. AIDS care, 2016; 28(7): 890-897.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar, Brasília, 2010. 408 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa no 007/2017-DDAHV/SVS/MS. Retificação da nota informativa no 096 de 2016-72 DDAHV/SVS/MS, que atualiza os esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e indicações de uso ampliado de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV) a partir de 2017. Legislação, Brasília, DF, 07 fev. 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018a. Volume 49. Nº 53 – 2018. ISSN 1517-1159.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 416 p.
7. BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de DST e AIDS, Número Especial, Dez. 2019.
8. BUZON MJ, et al. Long-term antiretroviral treatment initiated at primary HIV-1 infection affects the size, composition, and decay kinetics of the reservoir of HIV-1-infected CD4 T cells. *Journal of Virology*, 2014; 88(17): 10056-10065.
9. COHEN MS, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011; 365: 493–505.
10. COOPER ER, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 29(5):484-94.
11. CROWELL TA, et al, 2015. HIV Research Network. Hospitalization rates and reasons among HIV elite controllers and persons with medically controlled HIV infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 2015; 211(11): 1692-1702.
12. DARTORA WJ, et al. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. *Revista Cuidarte.*, 2017; 8(3): 1919-1928.
13. FORESTO JS, et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017; 38, n (1): E63158.
14. GALVÃO MTG, et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2015; 28(1): 48-53.
15. GÜNTHARD HF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults 2016 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *Clinical Review & Education Special Communication. JAMA*, 2016; 316(2): 191-210.
16. HESTER EK. HIV medications: an update and review of metabolic complications. *Nutrition in Clinical Practice*, 2012; 27(1): 51-64.
17. LUNDGREN JD, et al. INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV Infection. *New England Journal of Medicine*. 2015; 373(9): 795-807.
18. MATSUMOTO Y. Avaliação da Associação da Falha Viroológica ao Tratamento Antirretroviral e Alterações Neurocognitivas em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Hospital Universitário de Brasília. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018; 123 p.
19. MENDES JC. Reações adversas associadas a esquemas de primeira linha em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral. Dissertação (Mestrado em medicamentos e assistência farmacêutica) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017; 126 p.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2019.
21. MIRANDA AE, et al. Behavior assessment of women attending a sexually transmitted disease clinic in Vitória, Brazil. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 2012; 87(2): 197-202.
22. MOMBELLI MA, et al. Epidemia da Aids em tríplice fronteira: subsídios para a atuação profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015; 68(3): 429-347.
23. MORAES DCA, et al. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 2015; 7(4): 3563-3573.
24. MUTABAZI-MWESIGIRE D et al. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. *BMC Public Health*, 2014; 14(343): 1-10.
25. NANNI MG, et al. Depression in HIV Infected Patients: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 2015; 17(1): 1-11.
26. O'CONNOR JL, et al. A simple self-reported adherence tool as a predictor of viral rebound in people with viral suppression on antiretroviral therapy. *HIV Medicine*. 2016; 17(2): 124-132.
27. ORRELL C, et al. Fixed-dose combination dolutegravir, abacavir, and lamivudine versus ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in previously untreated women with HIV-1 infection (ARIA): week 48 results from a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3b study. *Lancet HIV*, 2017; 4(12): 536-546.
28. PEREIRA BS, et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014; 19(3): 747-758.
29. PILCHER CD, et al. The Effect of Same-Day Observed Initiation of Antiretroviral Therapy on HIV Viral Load and Treatment Outcomes in a U.S. Public Health Setting. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2017; 74(1): 44-51.
30. POLEJACK L, SEIDL EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15(Supl. 1): 1201-1208.

31. TEIXEIRA SP. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, 2020; 12(2): e2543.
2. 32. RODRIGUEZ-GONZALEZ CG, et al. Effectiveness, Safety, and Costs of Dolutegravir/Abacavir/Lamivudine Single-Tablet Regimen in a Real-Life Cohort of HIV-1 Adult Infected Patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 2020; 1(1): 1-11.
32. RODRIGUES-JÚNIOR AL, CASTILHO EA. AIDS and transmissible opportunistic diseases in the Brazilian border area. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2010; 43(5): 542-547.
33. SAX PE, et al. Coformulated bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide versus dolutegravir with emtricitabine and tenofovir alafenamide, for initial treatment of HIV-1 infection (GS-US-380-1490): a randomised, double-blind, multicentre, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet*, 2017; 390(10107): 2073-82.
34. SCHILKOWSKY LB, et al. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2011; 14(2): 187-197.
35. SILVA JAG, et al. Fatores associados a não adesão aos antirretrovirais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015; 31(6): 1188-1198.
36. SOARES GB, et al. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 2015; 20(4): 1075-1084.
37. SOUSA FILHO MPS, et al. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 32: 139-45.
38. TOWNSEND CL, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. *Aids*, 2014; 28(7): 1049-1057.
39. UNAIDS. *Data Global AIDS update; 2019*. Geneva: World Health Organization; 2019.