



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
PARA IST/HIV/AIDS**

Feira de Santana

2018

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
PARA IST/HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva

Feira de Santana

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

C325f Carvalho, Letícia Falcão de
Fatores associados ao abandono do tratamento de adolescentes e
adultos jovens em um centro de referência para IST/HIV/AIDS / Letícia
Falcão de Carvalho . - 2018.
94 f.: il.

Orientadora: Carlos Alberto Lima da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. HIV (Vírus) – Adolescentes e adultos. 2. AIDS (Doença) –
Abandono do tratamento. I. Silva, Carlos Alberto Lima da, orient. II.
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.97-053.6

LETÍCIA FALCÃO DE CARVALHO

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE
ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
PARA IST/HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovação em Feira de Santana, BA, 30/05/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Estadual de Feira de Santana

(Orientador)

Prof. Dra. Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Doutora em Saúde Coletiva pela ISC/UFBA

Universidade Federal da Bahia

(Examinadora 01)

Prof. Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

Doutora Medicina e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo

Universidade Estadual de Feira de Santana

(Examinadora 02)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** por todas as bênçãos, conquistas e experiências vividas durante estes dois anos do meu mestrado. Agradeço pela força e por me fazer acreditar de que todas as dificuldades valeriam a pena.

Agradeço aos meus **pais**, eles são os meus pilares! Obrigada por todo o cuidado, carinho e por sempre acreditarem no meu potencial. À minha **irmã**, mais do que um exemplo para mim, uma amiga, confidente e incentivadora, espero um dia ser igual a você.

Agradeço, novamente, à minha **irmã e ao meu cunhado**, por serem companheiros e torcerem sempre pelo meu sucesso. Além disso, por me presentear com o melhor, o meu afilhado. Obrigada meu pequeno **Matheus**, que chegou recarregando as minhas energias e trazendo muito amor.

À minha **família**, por toda a torcida e apoio. Aos meus queridos **amigos**, que mesmo distantes fisicamente, sempre se fizeram presentes com o seu apoio e incentivo. Em especial **Rebeca, Luiza, Bia e Kézia**, dispostas a ouvirem meus longos áudios de preocupação e desespero, sempre sabendo como me fortalecer novamente.

Aos meus queridos companheiros de luta, à **minha turma**, pelas risadas e suporte. Em especial ao meu **Clube Pura Vida** (Vero, Mah e Sheu), amizades que levo para a vida.

Agradeço à **Londres e a ONG NAZ Vidas (em especial a José)** por terem me proporcionado as melhores experiências e a possibilidade de conhecer a realidade do meu tema em um outro país e contribuir com o seu trabalho.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Carlos Lima**, que com o seu jeito calmo sempre me tranquilizou de que tudo iria ficar bem. Obrigada pelos ensinamentos e por acreditar no meu trabalho. Agradeço ao **NUDES**, por toda a contribuição e disponibilidade.

Agradeço à banca, na figura das professoras **Dr. Lílian Almeida e Dr. Maria Conceição**, por compartilhar conhecimentos e contribuírem na qualidade do meu estudo.

A todos **os funcionários do PPGSC**, pelo profissionalismo e por colaborar no funcionamento do programa. **À equipe do SAE**, pela receptividade, carinho e atenção.

Agradeço a todos, que de alguma forma se faziam sempre presentes para me incentivar a continuar e fazer o melhor trabalho. Que venham os próximos desafios e conquistas.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao abandono do tratamento em adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para o HIV. Configura-se como um estudo quantitativo e longitudinal no qual foram analisados os prontuários clínicos dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de Assistência Especializada do município de Feira de Santana/Bahia, desde 2003 até dezembro de 2016. Foram revisados, após exclusões, 290 prontuários dos indivíduos entre 13 a 24 anos levando-se em consideração as variáveis sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento no serviço. Realizou-se análise descritiva com frequências, análise bivariada, entre as variáveis categóricas de escolha, e a análise de sobrevivência para estimar a mediana de tempo do abandono do acompanhamento do tratamento. Por fim, para as variáveis estatisticamente significantes foi feita a análise pelo modelo de regressão de Cox. A população do estudo se caracteriza por ser 73,4% adultos jovens (20 a 24 anos); 91,9% da cor preta, parda ou indígena; 64,5% heterossexuais; 73,7% solteiro, viúvo ou divorciado; além disto, 56,2% apresentam mais de oito anos de estudos. Dos 290 indivíduos analisados, 59% apresentaram o episódio de abandono do tratamento. Ao analisar os fatores associados ao abandono, a idade ($p=0,00$), orientação sexual ($p=0,00$), escolaridade ($p=0,00$), se reside em Feira de Santana ($p=0,02$) e presença de infecção oportunista ($p=0,02$), apresentaram significância estatística para o evento. No teste log rank, foi encontrada significância para a escolaridade ($p=0,00$) e presença de infecções oportunistas ($0,00$). A mediana de tempo para o abandono foi de 16 meses. No modelo de Cox, encontrou-se significância para a escolaridade (HR:0,64, IC: 0,47 – 0,88) e para a presença de infecções oportunistas (HR:1,78, IC: 1,28 – 2,48). Os dados encontrados no estudo, em sua maioria, corroboram com a literatura. Identifica-se a juvenização da epidemia; feminização, apesar da incidência ainda ser maior na população do sexo masculino; heterossexualização; e a pauperização, representada pelo baixo nível de escolaridade daqueles que abandonaram o acompanhamento. Porém, quando discutido sobre o município de residência, a maioria do abandono ocorreu naqueles residentes na mesma cidade do serviço, porém a sua incidência é bem maior quando comparado aos demais. No que diz respeito às infecções oportunistas, acompanhar o serviço proporciona aos profissionais o conhecimento destes eventos e estes fazem com o que o indivíduo perceba a necessidade de dar continuidade ao serviço. A mediana de tempo de abandono foi de 16 meses, o que nos infere perceber a maior vulnerabilidade ao abandono no início, decorrente das mudanças inerentes ao tratamento. Portanto, este estudo visou conhecer os fatores associados ao abandono para que possam ser criadas estratégias de enfrentamento e que evitem a ocorrência de novos episódios.

Palavras chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Continuidade da Assistência ao Paciente; Adolescente; Adulto jovem.

ABSTRACT

The objective of this course was to analyze the associated factors to treatment abandonment in adolescents and young adults positive serology for HIV. It is set up as a quantitative and longitudinal study in which the medical records of the adolescents and young adults enrolled in the Specialized Care Service of the municipality of Feira de Santana / Bahia were analyzed from 2003 to December 2016. After the exclusion, 290 medical records of individuals between 13 and 24 years of age were reviewed, taking into account sociodemographic, clinical and follow-up variables in the service. A descriptive analysis was performed with frequencies, bivariate analysis, between categorical variables of choice, and survival analysis to estimate the median time of abandonment of treatment follow-up. Finally, for the statistically significant variables, the analysis was done by the Cox regression model. The study population is characterized by 73.4% young adults (20 to 24 years); 91.9% of black, brown or indigenous color; 64.5% heterosexual; 73.7% single, widowed or divorced; in addition, 56.2% have more than eight years of study. Of the 290 subjects analyzed, 59% presented the episode of treatment abandonment. When analyzing factors associated with dropout, age ($p = 0.00$), sexual orientation ($p = 0.00$), schooling ($p = 0.00$), resides in Feira de Santana ($p = 0.02$) and presence of opportunistic infection ($p = 0.02$), presented statistical significance for the event. In the log rank test, significance was found for schooling ($p = 0.00$) and presence of opportunistic infections (0.00). The median time to abandonment was 16 months. In the Cox model, significance was found for schooling (HR: 0.64, CI: 0.47-0.88) and for the presence of opportunistic infections (HR: 1.78, CI: 1.28-2, 48). The data found in the study, for the most part, corroborate with the literature. It identifies the juvenilization of the epidemic; feminization, although the incidence is still higher in the male population; heterosexualization; and pauperization, represented by the low level of schooling of those who left the monitoring. However, when discussed about the municipality of residence, the majority of the abandonment occurred in those living in the same city of the service, but its incidence is much higher when compared to the others. With regard to opportunistic infections, monitoring the service provides professionals with the knowledge of these events and these make the individual perceive the need to continue the service. The mean time of abandonment was 16 months, which shows us the greater vulnerability to abandonment at the beginning, due to the changes inherent in the treatment. Therefore, this study aimed to know the factors associated with abandonment so that coping strategies can be created and that prevent the occurrence of new episodes.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Continuity of Patient Care; Adolescent; Young Adult

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tabela 1 | Caracterização dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de Atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 –2016. | 52 |
| Tabela 2 | Análise bivariada da associação entre a ocorrência de abandono do tratamento de HIV/AIDS e as características dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016. | 54 |
| Tabela 3 | Análise das características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016, a partir do teste log rank. | 57 |
| Tabela 4 | Modelo de regressão de Cox para a análise da ocorrência de abandono do tratamento dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016. | 59 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figura 1 | Modelo de Determinação Social em Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) | 20 |
| Figura 2 | Fluxograma dos participantes do estudo | 38 |

ARTIGO

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016. | 55 |
| Figura 2 | Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016. | 56 |
| Figura 3 | Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016. | 57 |

LISTA DE ABREVIACOES

| | |
|-------|---|
| AIDS | SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA |
| ARV | ANTIRRETROVIRAIS |
| CEP | COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA |
| CNDSS | COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE |
| COAS | CENTRO DE ORIENTAO E APOIO SOROLÓGICO |
| CRM | CENTRO DE REFERÊNCIA MUNICIPAL |
| CTA | CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO |
| DSS | DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE |
| DST | DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL |
| GAPA | GRUPO DE APOIO E PREVENO  AIDS |
| HIV | VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA |
| IST | INFECO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL |
| MS | MINISTÉRIO DA SAÚDE |
| ONG | ORGANIZAO NÃO GOVERNAMENTAL |
| PVHIH | PESSOAS VIVENDO COM HIV |
| SAE | SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| TARV | TERAPIA ANTIRRETROVIRAL |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO | 16 |
| 3 | OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 | Objetivo geral | 17 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 17 |
| 4 | QUADRO TEÓRICO | 18 |
| 4.1 | Contribuições teórico – conceituais do Modelo de Determinação Social da Saúde | 18 |
| 4.2 | Influência dos DSS e o processo de vulnerabilidade na infecção pelo HIV | 21 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA | 26 |
| 5.1 | Diretrizes e serviços: surgimento e mudanças ao longo dos anos | 26 |
| 5.2 | O cenário da assistência do HIV/aids no Brasil | 28 |
| 5.3 | Infecção do HIV em adolescentes e adultos jovens | 30 |
| 5.4 | Sexualidade e aids em adolescentes e adultos jovens | 32 |
| 5.5 | Terapia ARV e Acompanhamento Ambulatorial X abandono do tratamento | 34 |
| 6 | METODOLOGIA | 37 |
| 6.1 | Delineamento do estudo | 37 |
| 6.2 | População do estudo | 37 |
| 6.3 | Local do Estudo | 38 |
| 6.4 | Estratégias de pesquisa e instrumentos de coleta de dados | 39 |
| 6.5 | Coleta de dados | 40 |
| 6.6 | Critério de Abandono | 40 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 6.7 | Variáveis do estudo | 41 |
| 6.8 | Procedimentos para organização e análise dos dados | 44 |
| 6.9 | Aspectos éticos | 45 |
| 7 | RESULTADO (ARTIGO) | 46 |
| | Resumo | 46 |
| | Abstract | 47 |
| | Introdução | 48 |
| | Metodologia | 50 |
| | Resultados | 51 |
| | Discussão | 59 |
| | Considerações Finais | 63 |
| | Referências | 63 |
| 8 | CONCLUSÃO | 67 |
| | REFERÊNCIAS | 68 |
| | APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados | 78 |
| | ANEXO A – Nota Técnica n° 208/09 | 81 |
| | ANEXO B – Ficha investigação/notificação AIDS (> 13 anos) | 83 |
| | ANEXO C – Ficha individual do SAE | 85 |
| | ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP | 88 |

1 INTRODUÇÃO

O enfretamento da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda se configura como um problema para a saúde pública em nível mundial, devido ao aumento de novas infecções e desafios na prevenção, diagnóstico e tratamento (GRECO, 2008). Ao longo dos anos, associadas ao aumento do número de novos casos, ocorreram diversas mudanças no perfil das pessoas soropositivas para o vírus, tanto pela forma de transmissão, como também pelo maior número de pesquisas relacionadas à temática (BRITO, 2001).

Ainda em relação ao perfil, têm sido verificados indivíduos que residem em pequenos municípios (interiorização), sujeitos com baixo poder socioeconômico (pauperização); com práticas sexuais heterossexuais (heterossexualização), fator este que vem contribuindo decisivamente para o aumento do número de casos de mulheres infectadas (feminização), e, por conseguinte, levando a um maior número de crianças e jovens infectados (juvenilização), através da transmissão vertical e sexual. Esta característica marcante no atual cenário da epidemia, ainda é uma preocupação e demonstra a necessidade de ações de prevenção e disseminação de informações sobre as formas de contágio (BRASIL, 2015).

No Brasil, no período entre 1980 a junho de 2016, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), foram notificados 882.810 casos de aids no Brasil, sendo 3.297 na faixa etária entre 10 a 14 anos, 17.955 no grupo de 15 a 19 anos, e 79.175 entre 20 a 24 anos. Desta forma 100.427 casos com idades entre 10 a 24 foram diagnosticados, correspondendo a 11,4% da população geral com a sorologia positiva para o vírus. No estado da Bahia, notificou-se 31.923 casos de aids neste mesmo período (BRASIL, 2017). No município de Feira de Santana um total de 2.565 indivíduos foram matriculados no Serviço de Assistência Especializada com sorologia positiva para o HIV, sendo 386 na faixa etária entre 13 a 24 anos.

O aumento da sobrevivência das crianças infectadas, a partir do advento da terapia antirretroviral, assim como o início cada vez mais precoce das relações sexuais, resultou na criação de novos grupos de atenção e necessidade de adequação das ações. Quando se discute sobre a infecção na faixa etária de 13 anos ou mais, identifica-se uma incidência maior da transmissão por via sexual, o que nos remete a importância de discutir sobre a sexualidade e as transformações desta faixa etária, a exemplo as relações sexuais, que em geral ocorrem no final da puberdade, a partir da maturação sexual e cognitiva (CRUZ et al., 2007; HALLAL et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; ROSSI et al., 2012; BAZIN et al., 2014).

O adolescer é uma etapa na qual ocorrem muitas transformações biológicas, psíquicas e sociais, entre elas o desenvolvimento e início da atividade sexual, fator que demonstra a necessidade de compartilhar e conscientizar o jovem sobre a importância de realizar o tratamento e o uso do preservativo, como forma de prevenção da transmissão da infecção (BRASIL, 2009; PAULA et al., 2012; MELO, 2013).

No momento do diagnóstico é necessária uma rede de ações e serviços que proporcionem o acolhimento e o suporte para que seja criado um vínculo usuário-serviço e garanta a continuidade do acompanhamento. Ao referir-se sobre os adolescentes e adultos jovens, este momento merece maior atenção e cuidado, pois estes já se encontram vulnerabilizados diante das dificuldades emocionais e socioeconômicas intrínsecas deste momento da vida. Portanto, o profissional atuante na unidade de referência deve estar sensível aos fatores que podem estar associados e influenciem na continuidade ou abandono daquele usuário, principalmente no momento inicial para avaliar a compreensão destes grupos sobre a nova situação sorológica (FORESTO et al., 2017).

O acompanhamento contínuo se constitui muito além da retirada da medicação, mas também, da realização de exames laboratoriais, consultas ambulatoriais e multiprofissionais. O aconselhamento se constitui como um elemento educativo e fundamental para a manutenção e continuidade do indivíduo no serviço. Sem a sua realização, dúvidas não são esclarecidas, nem mesmo os vínculos e a confiança são criados, o que gera uma maior possibilidade de interrupção ou abandono pelo cuidado. A não adesão pode resultar em falha terapêutica precoce, resistência aos antirretrovirais (ARV), complicações e aumento da cadeia de transmissão dessa infecção (BRASIL, 2009; SCHILKOWSKY, PORTELA e SÁ, 2011; MACEDO, 2013).

No Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (2017) do MS, foi apresentado pela primeira vez indicadores referentes à atenção, retenção em tratamento e sobre o abandono. De acordo com o mesmo, são considerados como abandono aquele indivíduo no qual não fez nenhuma retirada de medicamentos nos últimos cem dias anteriores à data da análise. No ano de 2016, 536 mil pessoas vivendo com HIV (PVHIV) receberam pelo menos uma dispensação, porém destes o relatório informa que 9% haviam abandonado o tratamento.

As análises com respeito aos indicadores de adesão, abandono e retenção mostram que é necessário, também, investir não só em ações que facilitem o acesso das PVHIV ao tratamento, mas também em intervenções específicas de adesão ao tratamento, especialmente para a população indígena e para os jovens. Esses resultados foram semelhantes aos observados na análise da supressão viral (BRASIL, 2017, p. 15).

Portanto, a continuidade do tratamento se torna um grande desafio, uma vez que se faz necessário alterar alguns hábitos e costumes do usuário. Modificações alimentares, uso de medicamentos cotidianamente, acompanhamento rotineiro em serviço especializado, assim como alterações comportamentais e a cronicidade da infecção, são algumas das mudanças e desafios na adesão do acompanhamento (TROMBINI e SCHERMANN, 2010; HOLANDA et al., 2012).

Além destas, a descoberta e início do tratamento envolvem questões sociais, como o medo da discriminação e exclusão de familiares e amigos e, em algumas situações, os efeitos colaterais resultados da terapia. Essas e outras razões resultam, em alguns casos, no abandono do tratamento, porém essa ação tem diversas repercussões na saúde do indivíduo, desde o aumento da carga viral, cepas virais resistentes àquele esquema medicamentoso, até uma maior chance de infecções oportunistas e aumento da morbimortalidade associada à infecção (BRASIL, 2004; 2008).

Nessa perspectiva, a dificuldade de seguimento do tratamento ainda é um aspecto desafiador enfrentado pela equipe de atendimento dos serviços especializados. Percebe-se, então, a importância de realizar estudos sobre o perfil desses adolescentes e adultos jovens, e identificar os fatores presentes que possam contribuir com o abandono do acompanhamento. Identificar essas características auxiliará os profissionais a prevenirem abandonos, aumentar o vínculo dos usuários ao serviço e aprimorar o planejamento e condução do atendimento. Além disso, contribuirá cientificamente pela escassez de estudos na área e socialmente, pois indivíduos que realizam o tratamento rotineiramente tendem a reduzir a carga viral e por consequência diminuem as infecções oportunistas, gastos para o serviço público e redução nas taxas de transmissão.

A motivação deste estudo é resultado da aproximação da pesquisadora desde a graduação, através da participação de projetos de extensão e iniciação científica na temática. Nestes, foi possível se aproximar do serviço, dos indivíduos com a sorologia positiva e da realidade que circunda esta epidemia. A partir de então, a mesma se interessou em pesquisar e contribuir com a sociedade científica e com o serviço, pois estes resultados possibilitam conhecer aspectos da realidade e podem demonstrar a necessidade de adaptações e melhorias no serviço. Dada a relevância da temática, identifica-se a importância do acompanhamento do serviço para garantia de uma melhor qualidade de vida para este indivíduo e uma estratégia de controle de novas infecções.

Portanto, este estudo pretende identificar os fatores associados ao abandono do acompanhamento do tratamento de adolescentes e adultos jovens em um Serviço de Atenção Especializada para HIV, na cidade de Feira de Santana, BA.

2 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Quais são os fatores associados ao abandono do acompanhamento do tratamento de adolescentes e adultos jovens em um Centro de Referência para HIV na cidade de Feira de Santana, BA, de 2003 a 2016?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores associados ao abandono do tratamento de adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para o HIV, acompanhados em um Centro de Referência para HIV na cidade de Feira de Santana-Bahia, no período de 2003 a 2016.

3.2 Específicos

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes e adultos jovens, em situação de abandono de tratamento, matriculados no SAE;
- Estimar a mediana do tempo de abandono em adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para o HIV, matriculados no SAE;
- Estimar a taxa de abandono do acompanhamento do tratamento dos adolescentes e adultos jovens;
- Identificar os fatores associados e o tempo de sobrevivência do abandono do tratamento dos adolescentes e adultos jovens matriculados no SAE.

4 QUADRO TEÓRICO

A definição de quadro teórico configura-se como uma etapa da pesquisa, em que o autor se baseia e relaciona o seu estudo à luz de uma teoria. Essa se refere a uma maneira de compreender o campo dos fenômenos que estão relacionados ao objeto de estudo. O quadro teórico é um conjunto de informações que norteiam o pesquisador, dando um alicerce e embasamento no desenvolvimento do seu estudo (BARROS, 2012).

4.1 Contribuições teórico – conceituais do Modelo de Determinação Social da Saúde

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) se referem a um conjunto de fatores e condições sociais que se inter-relacionam e repercutem no processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e no modo de vida da coletividade (SANT'ANNA et al., 2010; CUNHA et al., 2015). Ceballos (2015) complementa ratificando que esses determinantes são fundamentais para compreender a sensibilidade da saúde frente aos aspectos ambientais, e que funcionam como um parâmetro de justiça social.

Assim, ao longo dos anos, diversas pesquisas foram realizadas e modelos foram desenvolvidos para estudar os determinantes sociais e sua relação com a situação de saúde. Em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), que tem por objetivo, de acordo com o Decreto que a institui (13 de março de 2006):

- I - apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias;
- II - promover modelos e práticas efetivas relacionadas aos determinantes sociais da saúde, e voltados à inserção da equidade em saúde nas políticas de governo;
- III - contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde;
- IV - organizar e gerar informações e conhecimentos voltados a informar políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde; e
- V - mobilizar setores de governo e a sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos de determinantes sociais da saúde.

Para a CNDSS, os DSS são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). A partir dos

diversos estudos sobre os DSS, foram criados diversos modelos que buscavam demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais com o processo saúde-doença da população. Entre esses, o modelo conceitual de determinação social proposto pela comissão é o de Dahlgren e Whitehead (Figura 1) pela clareza e simples visualização da disposição dos determinantes. Esse modelo estratifica os DSS em diferentes camadas; desse, as mais proximais, com determinantes individuais, até a mais distal, em que estão presentes os macrodeterminantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOBRAL; FREITAS, 2010; GEIB, 2012).

Segundo Geib (2012), o modelo escolhido descreve as interações entre níveis diversos de condições sociais, que refletem diretamente na desigualdade em saúde, desde o nível individual até os que predominam na sociedade. Porém, Buss e Pellegrini Filho (2007), afirmam que esse não visa explicar detalhadamente a causa das iniquidades, nem mesmo a relação entre os diversos níveis.

O Modelo de Dahlgren e Whitehead dispõe os determinantes em camadas concêntricas, segundo nível de abrangência. De acordo com esses autores, os indivíduos estão, na base, representados pelas características individuais: idade, sexo e os fatores genéticos – essa é considerada como a camada mais proximal. Seguida externamente a essa, encontra-se uma camada intermediária que contempla o comportamento e os estilos de vida individuais. Essa camada é considerada como o limiar entre as demais e a anterior, pois o comportamento adotado pelo indivíduo pode ser reflexo de outros fatores, tais como acesso a informação, influência de terceiros, acesso a alimentação saudáveis e espaços de lazer (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOBRAL; FREITAS, 2010; GEIB, 2012; MENDES, 2012).

Na próxima camada, identifica-se a influência das relações sociais e comunitárias, através das redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, lazer, segurança. Através dessa, identifica-se também o nível de coesão social, em que se percebe a importância das relações entre os atores como influenciadores para a saúde da sociedade como um todo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GEIB, 2012; MENDES, 2012).

Na seguinte, estão representados os determinantes intermediários relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, tais como saúde, educação, habitação, saneamento básico, entre outros. Através desse nível, pode-se identificar, com uma maior ênfase, às diferentes exposições através das desvantagens sociais e o nível de vulnerabilidade aos riscos à saúde que o indivíduo, a comunidade e as instituições apresentam. Essa desvantagem e maior vulnerabilidade sugerem um risco diferenciado para o desenvolvimento de doenças, criado a partir de condições

inadequadas de moradia e alimentação, menor acesso aos serviços, maior grau de desemprego ou condições mais estressantes e perigosas no trabalho, entre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOBRAL; FREITAS, 2010; GEIB, 2012; MENDES, 2012).

Finalmente, na última camada, estão presentes os considerados como macrodeterminantes relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, assim como os supranacionais, a exemplo da globalização e dos modos de consumo e produção. Esse nível possui grande influência sobre os demais, visto que o padrão de vida, englobando essas condições, determina o tipo de moradia, hábitos de vida, trabalho, lazer, acesso aos serviços e interações sociais, fatores que repercutem diretamente sobre a saúde do indivíduo (GEIB, 2012; MENDES, 2012).

Dessa forma, os determinantes sociais em saúde representam as condições que as pessoas e a sociedade vivem e suas repercussões para sua saúde. Dahlgren e Whitehead (2007) ratificam a importância desse modelo, ao passo que as políticas e estratégias desenvolvidas devem ser direcionadas aos principais agravos à saúde, a fim de preveni-los, em que “podem ser descritos em termos de fatores que ameaçam a saúde, promoção da saúde e que protege a saúde” (p.11, 2007. Tradução nossa). Agrupar influências em categorias, para que assim possam ser desenvolvidas intervenções e políticas públicas específicas.

Figura 1 – Modelo de Determinação Social em Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



A partir desse modelo é possível realizar uma análise das condições que o indivíduo apresenta para que possam ser elencadas opções políticas de intervenção, com a finalidade de reduzir as desigualdades a partir dos DSS originados pela posição social ocupada pelos indivíduos e grupo. Além disto, chama atenção para a importância de observar e considerar fatores não clínicos como influenciadores sobre a situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GEIB, 2012; MENDES, 2012).

Em sinergia com esses autores, sabe-se que a situação de saúde ultrapassa as barreiras biológicas. Assim, o processo saúde-doença é resultado de um conjunto de fatores sociais, culturais, históricos e econômicos, resultantes da posição ocupada pelo sujeito no espaço, e da relação desses com a saúde. Por assim ser considerada como um fenômeno social e humano, o contexto da saúde e acesso aos serviços sofrem constantes influências no processo de adoecimento (REIS 2004; BARBOSA e COSTA, 2013).

No caso específico das doenças transmissíveis, em especial o HIV/aids, percebe-se uma constante mudança no perfil dos seus infectados, passando a identificar-se uma relação maior entre os novos casos e condições de vida desfavoráveis. Estudos abordam sobre a mudança desse perfil, agora caracterizados pela pauperização, interiorização, feminização, heterossexualização e juvenilização. Entre esses, destaca-se a relação entre a baixa escolaridade, dificuldade de acesso a serviços e o conhecimento sobre a infecção para a ocorrência de novas infecções (BRITO, 2001; ALBUQUERQUE, MOÇO, BATISTA, 2010; CAMPOS e RIBEIRO, 2011).

Portanto, ao avaliar o contexto dos determinantes sociais em saúde, é importante avaliar a vulnerabilidade do sujeito em adquirir uma doença. Para isso, faz-se necessário considerar a vida social, a comunidade e as relações familiares, acesso a serviços, educação e outros aspectos influenciadores. Para os jovens, esses fatores estão em constante transformação, ao passo que esses estão em processo de desenvolvimento, o que inspira maior atenção e necessidade de atuação dos serviços e da comunidade. Além disso, esse grupo populacional sofre maior influência do contexto que está inserido; esse fator se justifica pela necessidade de dependência, cuidado e instrução de outra pessoa (REIS, 2004; ALBUQUERQUE, MOÇO, BATISTA, 2010).

4.2 Influência dos DSS e o processo de vulnerabilidade na infecção pelo HIV

As condições materiais e sociais que as pessoas vivem e trabalham determinam as condições e situações de vulnerabilidade frente ao processo saúde doença daquela sociedade. Apesar dos grandes avanços, por possuir um programa nacional direcionado às infecções sexualmente transmissíveis (IST) de forma organizada, a infecção pelo vírus do HIV ainda está atrelada aos aspectos econômicos e políticos vivenciados pela comunidade. Dessa, identifica-se um maior número de casos atualmente em países pobres, o que remete a necessidade de analisar o contexto desses determinantes e a relação da infecção com o baixo nível econômico e a falta de informação (CUNHA; GALVÃO, 2011; CUNHA et al., 2015).

Segundo Silva et al. (2007), as desigualdades sociais em saúde e recursos escassos necessitam de prioridade pela gestão, a fim de criar métodos de planejamento e promoção da saúde, em especial às pessoas que se encontram em uma situação de elevada vulnerabilidade às diversas doenças, inclusive ao HIV/aids.

O termo vulnerabilidade originou da área da advocacia, através dos Direitos Universais do Homem, e em sua gênese designa “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (AYRES et al., 2006, p.118). Esse termo origina-se a partir de discussões sobre os direitos de cidadania dos grupos considerados com fragilidade na consecução desses direitos, porém ganha espaço no campo da saúde coletiva, por volta do início dos anos 90, a partir de pesquisas que buscavam estratégias para uma maior compreensão sobre a epidemia da aids e proporcionar o seu enfrentamento (AYRES et al., 2006; NICHATA et al., 2011; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Assim, o termo “vulnerabilidade” surge com a finalidade de colocar por terra os termos antes designados para essa epidemia, como “grupo de risco” e “comportamento de risco”. Este surgiu no início da descoberta da epidemia e, como essa inicialmente estava atrelada a uma parcela da população (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), foi criado um conceito que estigmatizasse e marginalizasse ainda mais esses “grupos”. Porém, com o passar dos anos, passou-se a identificar a infecção pelo HIV em outros segmentos populacionais (portadores de hemofilia e seus parceiros; homo, bi e heterossexuais e seus parceiros; e até mesmo mulheres e algumas crianças) assim, surge a necessidade de alteração no conceito para “comportamento de risco”, em que significava dizer que algumas pessoas possuíam um comportamento mais suscetível à infecção viral (SCHAURICH, 2004).

Esse novo conceito ainda possuía um caráter de exclusão, culpabilização e julgamento de ordem moral. Embora tenha aumentado o número de casos com diferentes perfis

sociodemográficos, os indivíduos não se percebiam susceptíveis à infecção e acreditavam não se encaixar aos considerados comportamentos de risco. Daí surge o conceito de vulnerabilidade no contexto da epidemia do HIV/aids, em que questionamentos sobre a infecção não eram respondidos em relação aos considerados comportamentos que levariam à infecção (SCHAURICH, 2004).

Percebe-se que a infecção pelo vírus do HIV não se limita às características específicas e, por isso, houve a necessidade de mudanças nos conceitos envolvidos na epidemia. A mudança do termo permite ampliar o entendimento e explicitar elementos até então considerados como abstratos ao processo da infecção, levando a uma renovação nas práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através da atuação por diferentes setores sociais, políticos, culturais e tecnológicos (MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; NICHIATA et al., 2011).

Schaurich e Freitas (2011) ratificam que o conceito, antes denominado como de risco, não possibilitava uma visão ampla e contextualizada da epidemia, com isso o conceito de vulnerabilidade surge com o propósito de preencher lacunas antes não supridas, possibilitar a compreensão da dinâmica da epidemia e proporcionar ações e políticas públicas resolutivas e direcionadas ao avanço epidêmico.

De acordo com Ayres e colaboradores (2003, p. 123), o conceito de vulnerabilidade é expresso por uma

chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos

Nichiata et al. (2011) corroboram que “o conceito de risco indica probabilidades, enquanto a vulnerabilidade vai além, ao se constituir como indicador da iniquidade e da desigualdade social”. Dessa forma, o autor infere que vulnerabilidade se configura como um termo mais amplo e possibilita diferentes percepções e ações para o enfrentamento, prevenção e proteção dos processos de saúde-doenças.

Através da identificação da vulnerabilidade como um contexto multidimensional, essa se divide em três dimensões que se relacionam de forma dinâmica e são interdependentes: individual, social e programática. O componente individual refere-se aos conhecimentos e informações sobre os problemas e as condutas adotadas por cada indivíduo que oportunizam a ocorrência da infecção, em que nessas são avaliados os aspectos cognitivos, comportamentais

e sociais. Deve-se salientar que o comportamento adotado pelo sujeito não é determinado apenas pelas suas ações, mas também pelo grau de consciência sobre a doença, capacidade de incorporar conhecimentos transmitidos e transformar atitudes que as tornam suscetíveis ao agravo (BERTOLOZZI et al., 2009; NICHATA et al., 2011; MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A vulnerabilidade social abrange aspectos contextuais e estruturais relacionados ao acesso que os indivíduos têm às informações, educação, meios de comunicação, condições de bem-estar e lazer, políticas sociais, econômicas e de saúde, à cidadania, cultura, crenças e valores. Assim, essa dimensão refere-se a um contexto que exerce influência nas demais, determinando-as ou mediando-as, abrangendo a identidade social e cultural de um povo, e como serão estabelecidas suas relações (NICHATA et al., 2011; SCHAURICH; FREITAS, 2011). Bertolozzi e colaboradores (2011) ratificam que essa integra a dimensão social do adoecimento, através de indicadores do perfil da população em relação ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e saúde. Esses autores ainda afirmam que essa inclui o ciclo de vida, as iniquidades, a mobilidade, identidade, normas e as características do espaço social que está inserida aquela comunidade.

Por fim, o plano programático ou institucional é caracterizado pelos investimentos em ações e serviços de saúde e, como esses atuam para reduzir o contexto da vulnerabilidade. Essa é composta pelo acesso aos serviços, organização e vínculos criados com a comunidade, assim como as ações para a prevenção e controle de agravos e os recursos existentes na área de abrangência. Assim, refere-se ao grau de comprometimento do governo através de ações preventivas, educacionais, investimentos, financiamentos e continuidade e sustentabilidade das ações (GARCIA; SOUZA, 2010; BERTOLOZZI et al., 2011; SCHAURICH; FREITAS, 2011; MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Portanto, o conceito de determinantes sociais em saúde, atrelado ao de vulnerabilidade, tem possibilitado repensar ações e políticas, a partir da identificação das reais necessidades em saúde, que se faz presente em um contexto marcado pelo preconceito, exclusão social e estigma (NICHATA et al., 2011).

Surge, então, a possibilidade de pensar na epidemia além do sujeito e seu “comportamento”, ampliar as abordagens, estratégias e perspectivas para intervenções promissoras e que realmente podem influenciar na dinâmica da aids. Garcia e Souza (2010, p.10) discutem que a “disseminação da epidemia e seu impacto são diferenciados nas populações, e que identificar e reconhecer as diferenças e especificidades desse processo é imprescindível no planejamento e na implementação de políticas e programas”. Assim, ao

pensar na epidemia, é necessário analisar o contexto daquela comunidade, os aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao agravo para que assim as medidas sejam eficazes e resolutivas.

Além disso, existe uma diferença entre os termos “vulnerabilidade” e “vulnerabilizado”, autores discutem que o primeiro pode ser considerada como uma condição comum a todos, porém o segundo se relaciona ao indivíduo que a vulnerabilidade é agravada por situações adversas (Bittencourt; França; Goldim, 2015). Ao discutirmos sobre adolescentes e adultos jovens, identifica-se que estes são sujeitos que estão vulnerabilizados por uma série de situações que são intrínsecas a esta fase da vida. As transformações físicas, hormonais e psicológicas influenciam, naturalmente, a uma maior exposição ao vírus e outras IST. As mudanças de comportamento, relação familiar, o início das relações com as parcerias, o início da autonomia do cuidado e, em muitos casos, a falta de compreensão da doença e da importância da prevenção, são fatores presentes e que contribuem para a infecção.

Estar na adolescência é desafiador, se constitui como um período de transição, na qual novas descobertas e experiências estão presentes transformando esse indivíduo. Nesta fase ele assume uma nova identidade e comportamento, deixando de ser criança e assumindo suas próprias escolhas e as consequências destas. Neste momento da vida, assim como quando adultos jovens, é necessário assumir as próprias responsabilidades, compreender e cuidar da sua saúde e aparecem as incertezas do futuro. Estas fases são consideradas como marcos na vida da pessoa, todo o contexto que estes estão inseridos influencia na sua saúde e no seu comportamento, sejam eles familiares, com parceiros, amigos ou escolar; e, além disso, as transformações e a construção da sua nova identidade os expõem à infecção (SEHNEM et al., 2015; SANTOS, 2016).

Dessa forma, por ser um agravo composto por uma complexidade de fatores (individuais, sociais, culturais, econômicos, sexuais, institucionais, dentre outros), pois se percebe a influência do modelo teórico dos DSS de Dahlgren e Whitehead e o conceito de vulnerabilidade e sujeitos vulnerabilizados no contexto da infecção pelo vírus do HIV.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A problematização dos temas discutidos neste capítulo possui como objetivo embasar o leitor para a compreensão e aprofundamento da temática.

5.1 Diretrizes e serviços: surgimento e mudanças ao longo dos anos

A política brasileira voltada para o HIV/aids foi resultado de esforços de diversos grupos. A luta contra a epidemia, que se espalhava em todo o mundo, deu-se início no Brasil em um momento de redemocratização em que se faziam presentes os movimentos da reforma sanitária, o que favoreceu a força e luta por ações. O reconhecimento do HIV/aids pelo governo federal como um problema de saúde decorreu de pressões políticas, a partir dos municípios e estados, com o surgimento de casos, da mídia e de militantes. O primeiro estado a registrar um caso da infecção foi São Paulo, e tornou-se o centro das principais mobilizações, bem como foi responsável pelo surgimento da primeira Organização Não governamental (ONG) no ano de 1985 o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) somando força nessa luta. Essa e outras mobilizações resultaram na inclusão da infecção na agenda política nacional, que posteriormente resultaria na criação da política nacional (MENDONÇA, ALVES, CAMPOS 2010; VILLARINHO et al., 2013).

O final da década de 80 foi marcado por diversas transformações e avanços no que diz respeito à epidemia no Brasil. A exemplo, no ano de 1986, a aids foi incluída, a partir da portaria nº 542/1986, como uma doença de notificação compulsória e, posteriormente, foi implementada a Lei 7649/1988 que, dentre outras, torna-se obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o país, nas doações sanguíneas. Nesse período, como marco do compromisso e um expressivo aumento do número de novos casos de aids, foi implantado o primeiro serviço denominado de Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), para testagem sorológica, educação em saúde e aconselhamento para todos (BRASIL, 2008).

No final dos anos 90, com o objetivo de expressar de forma mais direta os objetivos e atividades do serviço, assim como pela ampliação e novas formas de organização e funcionamento, esse centro passou a ser denominado como Centro de Testagem e Aconselhamento (BRASIL, 2008).

Brasil (1999, p. 10), esclarece que

os Centros de Testagem e Aconselhamento devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/aids e do uso indevido de

drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, os CTA realizam, em parceria com outras instituições (ONG e organizações governamentais–OG) locais, atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso.

A implantação desses serviços e outras medidas adotadas pelo governo funcionam como uma resposta à epidemia e como um instrumento de ampliação e garantia do acesso à testagem como um direito de todos. O cenário da saúde e da epidemia do país gerou impacto e necessidade de reconfigurar os CTA. Incluem as novas demandas, pois, nesses serviços, realiza-se testagem de outras sorologias; mudanças no perfil da população, tais como feminização, interiorização, pauperização; diante dessas, a necessidade de novas estratégias e ampliação do diagnóstico, e a descentralização da gestão, através da implantação de outros CTA (BRASIL, 2010).

A inserção da aids na agenda política prevê a garantia do direito universal ao acesso e tratamento integral da doença. O movimento de luta contra essa infecção se expandiu a partir da mobilização social e a percepção dos entes governamentais sobre a importância e comprometimento em desenvolver ações e políticas públicas de enfrentamento, a partir de estratégias prevenção de novas infecções, tratamento e acompanhamento, adequados às realidades locais (PEREIRA, NICHATA, 2011).

Os primeiros anos no processo de construção da atenção à infecção aconteceram a partir da criação do Programa Nacional de DST e AIDS, surgimento de políticas públicas e serviços de atendimentos específicos para esse tipo de atendimento. Seu sucesso se relaciona, também, com o avanço do cuidado em saúde, a partir da garantia dos direitos e deveres, com a construção do SUS, e início do tratamento, proporcionando aumento da sobrevivência, qualidade de vida dos pacientes, além da redução da disseminação da epidemia (VILLARINHO et al., 2013; BRASIL, 2015).

Ao longo dos anos, a atenção à epidemia vem sofrendo aperfeiçoamento constante, tanto diante do tratamento da aids quanto acompanhamento e profilaxia do HIV. Melhorias na assistência, garantia de direitos, atualização de protocolos, implementação de ações e estratégias são algumas das mudanças presentes no escopo que envolve o enfrentamento. A descentralização do cuidado e implantação de CTA em municípios interiorizados funciona como um importante instrumento de acompanhamento, prevenção e tratamento da infecção (BRASIL, 2010; VILLARINHO et al. 2013).

A evolução da epidemia do HIV/aids no Brasil não influenciou apenas a rede de serviços de saúde, mas também a forma como a infecção é vista e acompanhada. Além do CTA, surge o Serviço de Assistência Especializada (SAE) que, no âmbito do HIV/aids, funciona como uma unidade de suporte e assistência durante todo o período após a confirmação sorológica. Com uma equipe multidisciplinar, esse serviço possui o propósito de orientar, incentivar adesão e aceitação da infecção pelo indivíduo e seus familiares. Esse serviço também possui grande importância na realização do acompanhamento e tratamento dessa população (SILVA, 2007).

Dessa forma, todas essas mudanças e desafios enfrentados tiveram como função avançar e expandir na prevenção, controle e tratamento da infecção. Constantemente, novas estratégias e ações surgem com o objetivo de alcançar metas e reduzir, cada vez mais, os números de novas infecções e complicações relacionadas à infecção.

5.2 O cenário da assistência do HIV/aids no Brasil

Com a expansão da aids e a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de novas infecções e agravos à essa população, o Ministério da Saúde (MS) através do Programa Nacional de DST e Aids implantou os primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento visando garantir alguns objetivos, tais como: aumento do acesso ao diagnóstico; redução do risco de transmissão do vírus; estimular a adoção de práticas seguras; estimular o diagnóstico das parcerias sexuais; auxiliar na testagem sorológica para mulher estante e para o banco de sangue; encaminhar as pessoas com sorologia positiva para os serviços de referência, auxiliando no processo de adesão; e desenvolver ações de prevenção das IST (BRASIL, 2008).

Os serviços oferecidos pelo Programa devem ser garantidos a todo e qualquer cidadão de forma gratuita, confidencial e por livre demanda, ou seja, aquele que deseja conhecer o seu status sorológico pode procurar o serviço sem precisar ter sido referenciado por uma outra unidade de saúde.

O atendimento ao CTA se inicia com a recepção do usuário ao se manifestar com interesse em realizar a testagem, a partir de então este é encaminhado para um profissional de saúde realizar o aconselhamento. É previsto que este momento ocorra para conversar com o paciente, ouvir as suas angústias, medos e dúvidas. Deve-se a partir de então estabelecer uma relação de confiança e de autonomia pelo paciente da sua própria saúde, neste momento o profissional deve oferecer o suporte emocional, mas também trabalhar a prevenção da

infecção e a promoção da saúde. É necessário explicar como será a realização da testagem, a sua confidencialidade, conhecer o motivo da testagem, os possíveis resultados e seus impactos e reforçar a importância da prevenção e adoção de práticas seguras frente ao HIV. Este é um momento de escuta ativa, livre de discriminações ou julgamentos e com a garantia de um apoio emocional (BRASIL,1999).

Após a realização da testagem, o profissional deverá realizar o aconselhamento pós-teste com a revelação do resultado. Diante de um resultado negativo deve explicar sobre a janela imunológica e avaliar a necessidade de retestagem; reforçar práticas seguras e a importância dos insumos de prevenção e explicar que o resultado negativo não significa imunidade. Se o resultado for positivo, deve garantir um suporte emocional e tempo para que o usuário compreenda a revelação da sua sorologia; deve ser desmistificado qualquer sentimento que possa estar associado a culpa, punição ou morte; lembrar da existência de tratamento; diferença entre o vírus e a doença; reforçar a necessidade de adotar os insumos de prevenção e comunicar o resultado à parceria, convidando para também realizar a testagem; orientar sobre a importância do acompanhamento no serviço de referência (BRASIL,1999).

Porém, como o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico houve a implantação do teste rápido como etapa de triagem ou diagnóstico rápido em situações especiais. Este são uma testagem sorológica cujo tempo para o diagnóstico não ultrapassam 30 minutos após a sua realização, sem necessidade de um laboratório presente. Atualmente a presença de testes rápido (TR) em unidades de saúde da família e maternidades são estratégias que visam captar precocemente a população com sorologia positiva, em especial as gestantes com a finalidade de reduzir a transmissão vertical do vírus (BRASIL, 2008; BRASIL,2010; LOPES et al, 2016).

Desta forma, a implantação da testagem rápida TR durante a realização do pré-natal, na sala de parto ou em outros cenários, funciona como uma estratégia para ampliar e aproximar a detecção dos casos de sorologia. Uma das medidas mais discutidas pela UNAIDS atualmente é a meta 90-90-90, no qual visa atingir até 2020 que 90% da detecção das pessoas com sorologia positiva, 90% destes com acompanhamento regular nos serviços especializados e 90% destes, com supressão viral. Assim, a realização do TR funciona como um caminho para auxiliar ao Brasil a atingir essa meta, aumentar o número de pessoas em tratamento e controle e diminuição do número de novas infecções (BRASIL, 2010; UNAIDS, 2014).

Após a sorologia confirmada para o vírus, esses usuários são encaminhados para o serviço de referência que é o SAE. Este é uma unidade de caráter ambulatorial que possui como função realizar ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas com a sorologia

positiva através de uma equipe multiprofissional. Esta unidade funciona diariamente para atender todos os indivíduos matriculados afim de garantir o acompanhamento clínico-laboratorial, através de consultas com diversos profissionais, realização de exames periódicos, e a retirada de medicação regular (ABRÃO et al, 2014).

É necessário a rede de atenção à saúde se estruturar de forma interligada para que possa garantir aos usuários o acesso a assistência em todos os níveis para atingir as suas necessidades e que esta aconteça de fácil acesso. Com a realização da testagem rápida nas unidades de saúde houve uma desfragmentação do serviço e uma aproximação maior com a comunidade. Caso resultado seja positivo este será encaminhado ao CTA e, se permanecer como positivo, iniciará o acompanhamento com o suporte o SAE. Esta rede possui objetivo de garantir acesso a sorologia e atendimento clínico e medicamentoso na rede pública de saúde e com qualidade na assistência.

5.3 Infecção do HIV em adolescentes e adultos jovens

A infecção pelo vírus do HIV pode acontecer de duas formas de transmissão, a vertical e a horizontal. A primeira refere-se aos nascidos infectados, a partir da condição sorológica materna também positiva para o HIV. Já a segunda, ocorre devido à exposição sexual ou sanguínea. Apesar das discussões sobre o início epidemia do HIV sempre remeter a um perfil estabelecido, é sabido que há mais de três décadas existem relatos, a partir de publicações, de casos desta doença em crianças. (BAZIN et al, 2014; SILVA et al, 2016).

Os diversos protocolos criados pelo MS, como forma de prevenção da transmissão vertical, possuem finalidade de instruir profissionais e a população sobre os cuidados que devem ser adotados durante a gestação, parto e puerpério para evitar a transmissão, tais como o uso da terapia antirretroviral (TARV) específica durante toda a gestação e parto; o uso da TARV em forma de xarope, a não amamentação e o acompanhamento ambulatorial durante todos os meses para realizar o seguimento clínico e laboratorial (BRASIL, 2009).

Com a expansão da epidemia, foi-se necessário estabelecer tratamentos mais eficazes para aumentar a sobrevivência e a qualidade de vida dos portadores desse vírus. A partir do avanço medicamentoso, com a terapia antirretroviral, uma parte do grupo de crianças infectadas por transmissão vertical não evoluiu a óbito, o que resultou no grupo populacional que está adolecendo com HIV/aids. Com o processo do adolecer, percebe-se a necessidade de criar uma rede de cuidados para que possam compreender as necessidades de continuidade do cuidado, e as medidas preventivas que deveriam ser adotadas. Esses grupos passam a

perceber a necessidade de se cuidarem, e não apenas depender dos seus responsáveis (PAULA, 2008; MELO, 2013).

Esse fato se configura como um desafio a ser enfrentado tanto pelas adolescentes quanto para os cuidadores e profissionais. No estudo de Galano et al (2012) é identificado, a partir das falas dos cuidadores, os fatores preocupantes para a revelação do diagnóstico e, entre eles, pode-se identificar o medo da revolta e reações inesperadas, assim como a culpabilização dos pais pela doença. Porém, esse mesmo estudo traz os fatores que motivaram a revelação, sendo identificados: as contínuas perguntas feitas pelas crianças e adolescente sobre a sua doença, a percepção do direito ao conhecimento da sorologia, assim como as dificuldades das crianças em colaborarem com o tratamento, entre outros.

Porém, sabe-se que apesar da transmissão materno-infantil do HIV ainda ser presente, atualmente para os adolescentes e adolescentes a principal via de transmissão é a sexual. De acordo com dados do boletim epidemiológico, disponibilizado pelo MS, indivíduos com idade de 13 anos ou mais apresentam como principal via de transmissão a sexual, tanto em homens (95,8%) quanto em mulheres (97,1%).

Sabe-se que as pessoas nessa faixa etária estão vulnerabilizados a adquirir novas infecções pelas mudanças físicas, psicológicas, biológicas e de comportamentos envolvidos nesse processo. Dentre esses, pode-se citar o sentimento de invulnerabilidade e a desinformação quanto às consequências das relações sexuais, além da gravidez indesejada. Nessa faixa etária, novas oportunidades e experiências surgem, e com elas surgem também os riscos que, nem sempre, são identificados ou levados em consideração nas decisões e atitudes desses adolescentes (CÂMARA, 2012).

Ao discutir sobre os adultos jovens, estes considerados de 20 a 24 anos, percebe-se que não há tanta discrepância em relação aos adolescentes. Esta ainda é uma fase de transformações, mudanças, incertezas do futuro e, em muitos casos, atitudes impulsionadas pelo momento que está vivendo sem pensar em todas as consequências. Ainda é um momento da “doença do outro” e “isso não vai acontecer comigo”, um momento da falta de percepção da exposição diante das infecções.

Percebe-se a importância de desenvolver estratégias de intervenção que conscientizem esses adolescentes e adultos jovens a adquirirem medidas preventivas e informem sobre as formas de transmissão e possibilidades de adquirir o vírus. É necessária intervenção voltada para essas faixas etárias, que se criem reflexão para que haja a conscientização e mudança de pensamento a partir da percepção desses jovens, e não como uma imposição. (TOLEDO; TAKAHASHI; GUANILO, 2011; RIBEIRO et al., 2010; SANTOS et al., 2014).

Dessa forma, identifica-se que as infecções dos adolescentes e adultos jovens pelo vírus do HIV perpassam por questões complexas, desde a forma de transmissão, adesão ao tratamento, até mesmo na revelação do diagnóstico e na mudança dos hábitos de vida. E, nesse contexto, é necessário investir em ações e qualidade dos serviços, para que seja garantido o vínculo, continuidade da assistência, empoderamento do sujeito e conscientização das mudanças e adequações necessárias à vida após o diagnóstico da sorologia. Essas ações visam não apenas garantir uma qualidade de vida para aquele indivíduo, mas também a carga viral infectável e quebra da cadeia de transmissão.

5.4 Sexualidade e aids em adolescentes e adultos jovens

Os adolescentes e adultos jovens descobrem nesta fase, dentre muitas outras coisas, a sexualidade e a sua relação com a sua identidade e orientação sexual. É uma etapa desafiadora, cheia de dúvidas, curiosidades, descobertas e novas vivências que podem influenciar e repercutir em toda a vida do indivíduo. Nesta idade, o exercício da sexualidade ganha um importante espaço, pela intensa mudança hormonal juntamente com mudanças corporais e comportamentais (ANJOS et al, 2012; AMARAL et al, 2017).

Desta forma, ao falarmos dos jovens e sexualidade percebemos que os mesmos estão vulnerabilizados pelo seu momento de experimentação e mudanças inerentes desta fase. Estar adolescendo, ser adolescente, mudanças físicas, psicológicas, dos interesses, amadurecimento, início das relações com as parcerias e toda a dissociação da infância são fatores inerentes que fazem com que estes estejam mais expostos pela fase da qual estão vivenciando.

Embora haja discussões sobre os adolescentes estarem naturalmente vulnerabilizados pela etapa que estão vivenciando, debate-se também que existe uma vulnerabilidade dos adolescentes e adultos jovens em contraírem infecções sexualmente transmissíveis como fruto de fatores individuais e sociais. É uma fase de experimentações e suas experiências sofrem influência do meio que vivem e convivem, tais como familiar, parceria, amigos, escola, mídia e tudo que pode influenciar de forma positiva e negativa no processo de amadurecimento e mudanças destes indivíduos (ANJOS et al, 2012; SEHNEM et al, 2018).

A sexualidade é algo presente nestas faixas etárias, porém salienta-se a diferença de comportamento, atitudes, visões e vulnerabilidade em ser do sexo feminino e do sexo masculino. Estas não se apresentam apenas de forma individual, mas como a sociedade enxerga este processo nos diferentes sexos e suas repercussões para os adolescentes e adultos jovens que vivenciam estas novas experiências.

Dentro da lógica da sociedade, indivíduos do sexo masculino devem iniciar a vida sexual mais cedo e ter múltiplas parceiras, para garantir a sua “masculinidade”, sendo mais desinibidos e inconsequentes o que os torna vulneráveis às infecções por uma imposição de comportamento ditado pelos outros. No estudo de Taquette, Rodrigues e Bortolotti (2015) demonstra que em 93,7% dos casos de infecções em adolescentes do sexo masculino aconteceu nos casos de relacionamento sem envolvimento afetivo (“ficantes” ou abuso), além disso, 81,3% referiu possuir multiparceria sexual, sendo de quatro ou mais no último ano. Este estudo corrobora ao discutir que estes indivíduos não se percebiam passíveis de contaminação, mesmo sem utilizar a prevenção, resultado de um pensamento abstrato sobre a avaliação das suas atitudes e as repercussões que esta pode trazer.

Indivíduos do sexo masculino estão mais propensos às influências do meio social para não refletir sobre a sua exposição às infecções. O padrão hegemônico da sociedade expõe estes indivíduos por existirem ações previamente estabelecidas para cada um, o que os leva ao medo de não serem aceitos ou vistos como diferentes do padrão. Outro fator desafiador para estes jovens é quando estes se percebem atraídos pelo mesmo sexo, pois além de toda a pressão por ser homem e jovem, ainda existe o medo, não revelação da sua orientação sexual, isolamento e a diminuição da busca pelos serviços de saúde e assim a uma menor proteção (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015a).

Em contrapartida, as mulheres são vistas como ausentes de desejos, silenciada pelas vontades do parceiro e sem poder de negociação nas relações sexuais, a exemplo do uso do preservativo. Este contexto aumenta a sua exposição a situações de risco de infecção, pois socialmente as mulheres são impostas a ter estes comportamentos. Além disso, em geral elas são mais vítimas de violência sexual, envolvimento com parceiros mais velhos e, pela sua anatomia, possui uma maior possibilidade de contrair infecções e doenças sexualmente transmissíveis (ANJOS et al., 2012; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015b).

Amaral et al. (2017) corrobora que na perspectiva sociocultural as mulheres se encontraram em uma situação de maior vulnerabilidade, dada a relação de poder existente no qual o homem detém da decisão do uso ou não do preservativo e a crença da fidelidade e a relação estável como fatores de proteção.

A sexualidade na juventude sobre influencias e utiliza como referências as amizades e as experiências do outro; o contexto familiar e a existência da comunicação entre os familiares sobre as relações sexuais protegidas e suas repercussões; e das fontes midiáticas, principalmente se estes são soropositivos para o vírus. No estudo de Sehnem e colaboradores (2018), discute-se a importância da referência e da validação das experiências dos amigos,

assim como na facilidade e conforto em conversar sobre sexualidade com aqueles que estão vivenciando o mesmo processo.

Estes mesmos autores discutem a dificuldade de muitos adolescentes em conversar com pais ou cuidadores sobre essa temática. Ainda existe um tabu que circunda a sexualidade e muitos acreditam que abordar este tema pode incitar o início da atividade sexual, preferindo então evitar o assunto. Estes adolescentes, encontram em algumas situações, tios os irmãos com uma fonte segura de informação. Diante desta dificuldade, a mídia aparece como uma opção de fácil acesso e sem exposição, acessar a informação pela internet atualmente pode ser feita em qualquer espaço que este indivíduo está inserido. A facilidade de acesso, confidencialidade e a variedade de informações atraem esses jovens a utilizarem este meio para esclarecer dúvidas, porém deve-se atentar para a fonte que está sendo pesquisada, para que a informação não seja equivocada ou o confunda ainda mais.

Alguns adolescentes e adultos jovens ainda se sentem despreparados para vivenciarem a sexualidade de forma segura e consciente. As relações de gênero ainda são questões que precisam de discussões e menos imposições sociais, assim como é necessário ampliar as discussões sobre identidade e orientação sexual. Discutir a sexualidade e suas particularidades, dimensões e diferença entre os sexos e gêneros, podem ser uma importante estratégia para a redução da juvenilização e na diminuição da vulnerabilidade desta população frente à epidemia.

5.5 Terapia ARV e acompanhamento ambulatorial X abandono do tratamento

No início da epidemia, na década de 80, receber o diagnóstico do HIV/aids remetia a uma sentença de morte que levaria a uma sobrevida de até seis meses. Porém, com o avanço dos medicamentos e a implantação da terapia, com os antirretrovirais, a expectativa de vida ampliou e, a partir do século XXI, não se fala mais em sobrevida, e sim em qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV (PVHIV). A aids então passa a ser considerada uma doença crônica devido ao aumento da expectativa de vida e a possibilidade de viver por longos anos possuindo a doença, porém na dependência dessas medicações específicas (ROSSI, 2014).

Também deve-se considerar que em 2012, o MS alterou a recomendação para o início da medicalização das PVHIV. Antes a terapia só iniciava com o desenvolvimento da doença ou carga viral muito alta, agora, como forma de promover uma maior qualidade de vida e diminuir as taxas de transmissão e a carga viral, as pessoas, possuindo o vírus, já iniciam o tratamento. Esse advento, juntamente com os avanços medicamentosos, permitiu uma

melhora e um avanço na qualidade de vida dos indivíduos com essa infecção, além de funcionar como uma estratégia no controle da infecção, pela tentativa de manter a carga viral do indivíduo em baixas quantidades. Porém, um dos maiores obstáculos na prática é a falta de continuidade da assistência e a má adesão dos pacientes e familiares ao tratamento medicamentoso (KUYAVA, PEDRO, BOTENE, 2012; ROSSI, 2014).

Brasil (2014a) define adesão como a capacidade do paciente seguir as recomendações do tratamento, levando em consideração tanto os aspectos da prevenção, o uso dos medicamentos, a mudança nos padrões alimentares, o vínculo estabelecido entre o usuário e a equipe e o acompanhamento clínico-laboratorial, por exemplo. Esse autor ainda define que é considerada atualmente como adesão adequada a ingestão de, no mínimo, 95% dos medicamentos prescritos.

Percebe-se, portanto, uma alta taxa de ingestão medicamentosa para ser considerada uma adesão ideal ao tratamento, sendo esse valor o necessário para inibir a replicação viral. Porém, mesmo identificada essa necessidade, sabe-se da dificuldade em estabelecer e seguir padrões ideais de tratamento, principalmente quando nos referimos a estas faixas etárias por todas as transformações já existentes neste momento. Faz-se fundamental a presença de alguém em que o apoie para acompanhar esse processo, da orientação da equipe de saúde e, de uma conversa clara e esclarecedora sobre a situação sorológica e a importância de adotar essas práticas e novos modelos de vida.

Esse monitoramento da continuidade no serviço deverá servir como uma estratégia de apoio ao paciente, pois, dessa forma, a equipe poderá identificar dificuldades e implementar medidas de acordo com a necessidade de cada usuário, para alcançar uma maior qualidade no seguimento. A educação em saúde se configura como um instrumento fundamental nesse processo, para que, através do aprimoramento do entendimento sobre a terapia, seja percebido por esses usuários a necessidade de seguir com rigor o tratamento completo (TARV, exames e consultas), e dos malefícios da não adesão ou má adesão. Esse processo se faz importante à medida que se passaram a aderir ao plano terapêutico, não por uma imposição dos profissionais, mas pelo real entendimento da necessidade do que é bom ou ruim sobre seguir essas orientações (POLEJACK, SEIDL, 2010; CARDIM, 2013).

Juntamente a isso, Brasil (2014b) enfatiza a importância do atendimento por uma equipe multiprofissional capacitada para realizar o acolhimento e atendimento integral a esse grupo. O vínculo é um fator decisivo na adesão ao serviço, para que, assim, o usuário se sinta confortável para realizar o atendimento, esclarecer dúvidas e expor suas dificuldades. A

relação de confiança e linguagem acessível é um fator fundamental para qualificar a comunicação e favorecer uma abordagem mais resolutiva.

O abandono do tratamento possui interfaces que perpassam em todas as condições de vida daquele indivíduo, sejam os relacionamentos interpessoais, na escola ou trabalho, na sexualidade, na mudança dos estilos de vida e até mesmo na compreensão do significado da infecção. No momento do diagnóstico é necessária uma rede de ações e serviços que proporcionem o acolhimento e o suporte para que seja criado um vínculo usuário-serviço e garanta a continuidade do acompanhamento. Esta população já se encontra vulnerabilizada diante das dificuldades emocionais e socioeconômicas intrínsecas deste momento da vida, no qual podem afetar a adesão, fazendo com que seja de extrema relevância o profissional atuante naquele serviço estar sensíveis aos fatores que podem estar associados e influenciem na continuidade ou abandono daquele usuário no serviço (FORESTO et al., 2017).

O momento da revelação do diagnóstico é crucial para criar o vínculo com o usuário e este dar seguimento ao tratamento. Explicar as mudanças, a importância do acompanhamento, cronicidade da doença e garantir o apoio necessário, são fatores que influenciam positivamente para a confiança e o retorno da pessoa à unidade. Porém, muitos destes jovens não compreendem a necessidade de realizar o acompanhamento contínuo no serviço nem mesmo conhecem o que significa possuir o vírus e os cuidados adequados. Além disso, muitos optam por abandonar o tratamento por considerar um caminho mais fácil e esquecerem do seu status sorológico (MOTTA et al., 2013; PASCHOAL et al., 2014).

Assim, ao lado da importância e dos avanços da terapia medicamentosa, o acesso qualificado e com um serviço estruturado se proporciona significativa queda da morbimortalidade, interrupção da cadeia de transmissão, aumento da sobrevida e qualidade de vida dos indivíduos que são acompanhados no serviço.

6 METODOLOGIA

Segundo Marconi e Lakatos (2005), método consiste em um conjunto de atividades sistemáticas e racionais utilizadas para alcançar o objetivo do estudo, possibilitando detecção de erros e tomada de decisões sobre o caminho a ser seguido. Minayo (2009, p. 14) corrobora que a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, portanto descreve o método, técnicas e a criatividade do pesquisador. Dessa forma, esse tópico possui como objetivo descrever os passos metodológicos que serão desenvolvidos na pesquisa, para situar o leitor acerca do seu andamento.

6.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com delineamento longitudinal, conduzido por meio de revisão de todos os prontuários clínicos dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de Atenção Especializada – SAE do Centro de Referência Municipal/CRM de DST-HIV-AIDS de Feira de Santana.

6.2 População do Estudo

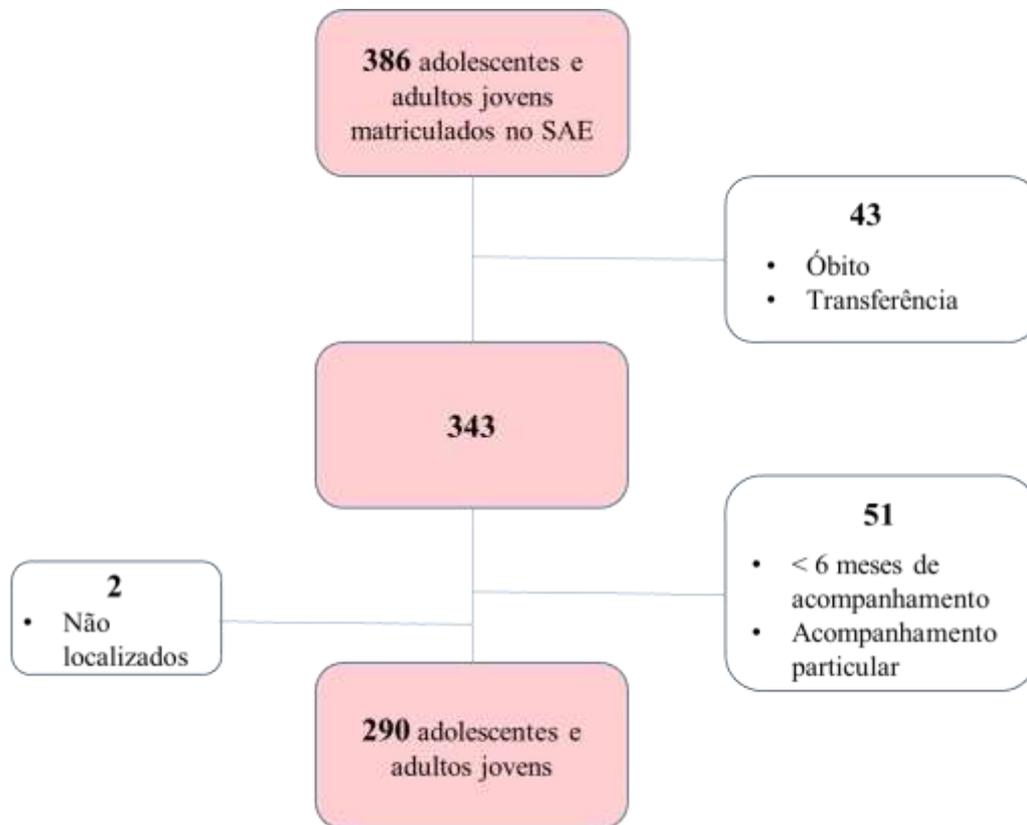
A população alvo do estudo foi composta adolescentes e adultos jovens com diagnóstico confirmado do vírus HIV, ambos sexos, e que foram matriculados no SAE, desde a sua implantação no município, em 2003, até 31 de dezembro de 2016. A definição da faixa etária dos sujeitos será entre 13 e 19 como adolescentes e 20 a 24 para adultos jovens (BRASIL, 2013).

Foram selecionados indivíduos cuja idade, no momento da matrícula, fosse igual ou superior a 13 anos de idade até 24 anos 11 meses e 30 dias, sendo feita a análise até completar a idade definida como limite ou a ocorrência do evento. Como critérios de exclusão adotou-se os prontuários incompletos, óbitos ou transferência antes dos 24 anos e indivíduos que completaram 25 anos com tempo de acompanhamento inferior a seis meses. Considerou-se mínimo de seis meses para inclusão na pesquisa, por ser o tempo mínimo, de acordo com a nota técnica, para avaliar o abandono.

A partir da consulta do livro de registro da unidade de todos os usuários matriculados, identificou-se 386, porém a partir das exclusões por óbito, transferências ou por não atingirem

o limite mínimo de 6 meses para avaliar o acompanhamento, resultou-se em 290 prontuários analisados.

Figura 2 – Fluxograma dos participantes do estudo



6.3 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Feira de Santana, Bahia, localizado a 116 km de Salvador, que possui área de 1.337,993 Km² e população estimada em 617.528 mil habitantes (IBGE, 2015). Em 1999, o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS foi implantado a partir de uma medida do Ministério da Saúde para que fossem desenvolvidas ações de promoção, prevenção e proteção à saúde sexual.

Dentre os serviços criados com essa finalidade, pode-se destacar o Centro de Referência Municipal\CRM DST/HIV/AIDS, que integra setores, como: Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Serviço de

Assistência Farmacêutica, Unidade Laboratorial, Serviço de Psicologia, Serviço de Assistência Social, Serviço de Fisioterapia e Centro de Testagem/CTA.

O local do estudo será o Serviço de Atenção Especializada – SAE do CRM localizado na Av. Prof. Geminiano Costa s/n – Centro, que se configura como uma das unidades em que realiza ações de diagnóstico, acompanhamento de pacientes, dispensação de medicamentos, aconselhamento e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Quanto à estrutura, esta unidade pertence ao CRM, porém em seu espaço físico só são atendidos usuários com o diagnóstico positivo para o HIV. Desde a sua implantação, esse serviço atende, não apenas a população da cidade supracitada, mas também inclui municípios circunvizinhos pactuados na rede de atenção.

O SAE de Feira de Santana conta com a contribuição de uma equipe multiprofissional composta atualmente por enfermeiras (2), técnica de enfermagem (2), médico infectologista (4), médico pediatra (1), médica ginecologista (1), psicóloga (1), odontóloga (1), fisioterapeuta (1), recepcionista (2) e serviços gerais (1). Atualmente, o SAE conta com o apoio psicológico através de acompanhamento individual, mas também com a formação de um grupo de apoio.

6.4 Estratégias de pesquisa e instrumentos de coleta de dados

Inicialmente, foi estabelecido contato com a Coordenação do SAE da cidade de Feira de Santana, com a entrega de uma síntese do projeto para apreciação e autorização da realização da pesquisa no serviço solicitado com período estabelecido, a fim de informar o objetivo da realização do estudo e os passos metodológicos a serem desenvolvidos. Após a autorização, foi realizada visita no campo para conhecer a realidade do serviço e os instrumentos utilizados durante as consultas, para que assim servisse de parâmetro para possíveis modificações do roteiro previamente elaborado.

As informações do estudo foram obtidas por meio de consulta aos prontuários clínicos dos adolescentes e adultos jovens infectados pelo vírus, que são atendidas no serviço de referência. Dessa forma, a partir da consulta do livro de cadastro geral dos pacientes acompanhados, foram identificadas os adolescentes e adultos jovens elegíveis para o estudo. Em seguida, foi construída uma lista a fim de organizar a busca dos prontuários clínicos pertinentes à pesquisa e, então, a partir do número de registro, foram selecionados os prontuários para investigação e coleta das informações de interesse.

Portanto, foram revisados os prontuários dos indivíduos cuja idade no momento da matrícula seja igual ao maior que 13 anos e inferior a 25, desde a implantação do SAE (agosto de 2003) até 31 de dezembro de 2016, até completar a idade definida como limite para o estudo ou a ocorrência do evento.

6.5 Coleta de Dados

A coleta aconteceu a partir de um instrumento previamente elaborado e adaptado (APÊNDICE A), contendo as informações necessárias para a pesquisa sendo obtidas nos prontuários, estes analisados pelo mesmo pesquisador, visando padronizar a coleta de dados e a qualidade da informação.

O período da coleta compreendeu os meses de dezembro a fevereiro, realizados em turnos previamente estabelecidos em conjunto com a coordenação do serviço, para que não haja interferência na rotina de atendimento. Foi solicitado um espaço reservado para que se possa realizar a coleta, a fim de organização e privacidade das informações contidas nesses documentos.

Foi realizado um estudo piloto com 20 prontuários, sendo dez desses em adolescentes, e dez em adultos jovens, com o intuito de adequar o instrumento de coleta e as variáveis selecionadas. Após essa etapa e adequação, caso se faça necessário, foram revisados todos os prontuários clínicos do grupo selecionado.

6.6 Critério de Abandono

Para este estudo o acompanhamento se refere ao acompanhamento ambulatorial, a partir da presença nas consultas com o médico infectologista, assim como a retirada das medicações prescritas.

A classificação dos casos como abandono foi definida a partir do critério adotado pela Nota técnica nº 208/09, que recomenda que sejam considerados como abandono ao tratamento os usuários que:

- a) Não retirarem os medicamentos antirretrovirais a partir de três meses após a data prevista, e
- b) Não retornarem às consultas em seis meses.

Além disso, para os indivíduos que não iniciaram o tratamento medicamento, utilizou-se a definição de abandono de acordo com critérios baseados na literatura (SANTOS e SEIDL, 2011; SCHILKOWSKY; PORTELA; SÁ, 2011).

- a) 6 meses sem ir para as consultas, para os sintomáticos
- b) Mais de 1 ano ausente das consultas, para os assintomáticos

6.7 Variáveis do Estudo

- Variável dependente: abandono do acompanhamento no serviço de assistência especializada
- Demais variáveis: no quadro a seguir.

| SOCIODEMOGRÁFICAS | DESCRIÇÃO | NATUREZA |
|--------------------------------------|--|-------------------------|
| Data de nascimento | Data de nascimento do adolescente ou adulto jovem | Quantitativa (discreta) |
| Idade | Idade do adolescente ou adulto jovem na admissão no SAE | Quantitativa (contínua) |
| Sexo | Masculino ou Feminino | Catagórica (dicotômica) |
| Estado civil | Casado/amigado; solteiro; viúvo/divorciado; ignorado | Catagórica (nominal) |
| Orientação sexual | Heterossexual; homossexual; bissexual; sem atividade sexual; outro | Catagórica (nominal) |
| Ocupação | Ocupação do adolescente ou adultos jovens | Catagórica (nominal) |
| Procedência (Endereço e Zona) | Feira de Santana ou outro município pactuado | Catagórica (nominal) |
| Cor da pele | Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena ou Ignorado | Catagórica (nominal) |

| | | |
|---------------------|---|----------------------|
| Escolaridade | Não alfabetizada, EF incompleto, EF completo, EM incompleto, EM completo, ES incompleto ou Ignorado | Categórica (ordinal) |
|---------------------|---|----------------------|

| DIAGNÓSTICO E TRIAGEM | DESCRIÇÃO | NATUREZA |
|--|---|------------------------------------|
| Tipo de transmissão | Vertical, sexual, transfusional, drogas endovenosas, outro ou ignorado | Categórica (nominal) |
| Data da matrícula no setor | Data da matrícula do adolescente ou adulto jovem no SAE | Quantitativa (discreta) |
| Motivo da descoberta | Motivo do adolescente ou adulto jovem ter descoberto a sorologia | Categórica (nominal) |
| Tempo descoberta- tratamento | Intervalo de tempo entre a descoberta do diagnóstico e início do tratamento | Quantitativa (contínua) |
| Data e resultado do primeiro exame de CV | Data de realização do primeiro exame de carga viral e o resultado (valor) deste exame | Quantitativa (discreta e contínua) |
| Data e resultado do primeiro exame de CD4 | Data de realização do primeiro exame de CD4 e o resultado (valor) deste exame | Quantitativa (discreta e contínua) |

| TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO | DESCRIÇÃO | NATUREZA |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Primeiro esquema ARV | Esquema inicial dos ARV | Categórica (nominal) |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Data do início do ARV | Data que se deu início à utilização dos ARV | Quantitativa (discreta) |
| Esquema ARV atual | Esquema atual dos ARV | Categórica (nominal) |
| Nº de esquemas utilizados | Quantidade total de esquemas ARV utilizados | Quantitativa (discreta) |
| Motivo das mudanças de esquema ARV | Razão da mudança do esquema | Categórica (nominal) |
| Realização de exames solicitados | Sim ou não | Categórica (dicotômica) |
| Período de uso de ARV | Intervalo de tempo que o adolescente ou adulto jovem faz uso do ARV | Quantitativa (contínua) |
| Data da última retirada de medicamento | Data da última retirada da medicação no SAE | Quantitativa (discreta) |
| Data da última consulta | Data da última consulta no SAE | Quantitativa (discreta) |
| Comorbidade | Presença, ou não, de uma má formação ou doença genética independente da infecção. | Categórica (nominal) |
| Infecções Oportunistas | Presença, ou não, de doença associada ou ocasionada pela infecção. | Categórica (nominal) |

| ABANDONO | DESCRIÇÃO | NATUREZA |
|--|---|-------------------------|
| Já abandonou o TARV? | Sim ou Não | Categórica (dicotômica) |
| Se sim, quantas vezes abandonou? | Quantidade de vezes que abandonou o TARV | Quantitativa (discreta) |
| Se sim, razão do abandono anterior | Motivo do adolescente ou adulto jovem ter abandonado anteriormente o TARV | Categórica (nominal) |
| Já abandonou o acompanhamento ambulatorial? | Sim ou não | Categórica (dicotômica) |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Se sim, quantas vezes abandonou? | Quantidade de vezes que abandonou o acompanhamento ambulatorial | Quantitativa (discreta) |
| Se sim, razão do abandono anterior | Motivo do adolescente ou adulto jovem ter abandonado anteriormente o acompanhamento ambulatorial | Catagórica (nominal) |
| ABANDONO | Sim ou não (Para o episódio de abandono do acompanhamento do tratamento) | Catagórica (dicotômica) |

6.8 Procedimentos para organização e análise de dados

Após coleta e leitura de todo o conteúdo registrado no instrumento de coleta de dados, os dados foram armazenados no software EpiData, para posterior análise e interpretação no software SPSS versão 22 e STATA versão 12.

1° Fase – Análise Descritiva

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis categóricas de interesse, a partir das frequências absolutas e relativas. Além disso, para as variáveis quantitativas, foram estimadas medidas de tendência central (médias e medianas) e dispersão (desvio padrão e variância).

2° Fase – Análise bivariada

Na segunda etapa, para identificar os fatores associados ao abandono, foram realizadas análises bivariadas, contemplando as características sociodemográficas e clínico-laboratoriais dos pacientes, bem como dados relativos ao atendimento recebido. Para comparação de proporções, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer, com respectivo nível descritivo do valor-p. Foram considerados resultados estatisticamente significantes aqueles que apresentaram nível de significância de 5%.

3º Fase – Análise de Sobrevida

Finalmente, foi utilizada a técnica de análise de sobrevivência, com o objetivo de estimar a mediana do tempo de abandono desde a matrícula no serviço. Nesse estudo, estabeleceu-se como data do evento a data da última consulta no serviço, considerando-se “falha” os que abandonaram e “censura” os casos que não abandonaram o acompanhamento até o tempo final estabelecido para o seguimento no estudo.

Além disso, foi obtida a curva da função de sobrevida pelo estimador de Kaplan-Meier. Para comparação das curvas de sobrevivência, será utilizado o teste de Mantel-Haenszel (*log-rank*). E, por fim, para estimar o efeito das covariáveis do estudo no tempo de abandono, será utilizado modelo de riscos proporcionais de Cox.

6.9 Aspectos éticos

No Brasil, todo trabalho que envolva seres humanos deve obedecer ao que é recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, onde estão dispostos os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, processo de consentimento livre e esclarecido, riscos e benefícios, resoluções e normas específicas e outras disposições.

Primeiramente, uma síntese deste projeto de pesquisa foi encaminhada à Coordenação do Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Feira de Santana, solicitando autorização para ter acesso ao campo de estudo e aos documentos necessários à pesquisa. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado sob número do parecer: 2.266.294 (ANEXO D).

Conforme a resolução é garantida a confidencialidade das informações através da solicitação de um ambiente reservado, e com a presença apenas da pesquisadora, para a coleta de dados. A pesquisa não apresenta danos ou prejuízos aos participantes, e os danos previsíveis quanto aos documentos foram evitados. Quanto a esses danos, foi garantido o cuidado com o manuseio, através de regras estabelecidas tais como: lugar reservado, não manusear alimentos ou líquidos durante a coleta, não retirar o prontuário da unidade assim como não alterar a ordem dos documentos nos prontuários ou mesmo retirá-los.

Ao final da pesquisa, haverá a devolutiva dos achados do estudo para a coordenação do SAE. Assim, espera-se que os resultados obtidos com a pesquisa possam contribuir para a melhoria do atendimento, prevenção de abandono e busca ativa dos faltosos.

7 RESULTADO

FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV/AIDS

Associated factors to abandonment of treatment in young adolescents and adults with positive serology for HIV/aids

Letícia Falcão de Carvalho

Carlos Alberto Lima da Silva

Maria Conceição Oliveira Costa

Lilian Conceição Guimarães de Almeida

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao abandono do tratamento em adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para o HIV. Configura-se como um estudo quantitativo e longitudinal no qual foram analisados os prontuários clínicos dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de Assistência Especializada do município de Feira de Santana/Bahia, desde 2003 até dezembro de 2016. Foram revisados, após exclusões, 290 prontuários dos indivíduos entre 13 a 24 anos levando-se em consideração as variáveis sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento no serviço. Realizou-se análise descritiva com frequências, análise bivariada, entre as variáveis categóricas de escolha, e a análise de sobrevivência para estimar a mediana de tempo do abandono do acompanhamento do tratamento. Por fim, para as variáveis estatisticamente significantes foi feita a análise pelo modelo de regressão de Cox. A população do estudo se caracteriza por ser 73,4% adultos jovens (20 a 24 anos); 91,9% da cor preta, parda ou indígena; 64,5% heterossexuais; 73,7% solteiro, viúvo ou divorciado; além disto, 56,2% apresentam mais de oito anos de estudos. Dos 290 indivíduos analisados, 59% apresentaram o episódio de abandono do tratamento. Ao analisar os fatores associados ao abandono, a idade ($p=0,00$), orientação sexual ($p=0,00$), escolaridade ($p=0,00$), se reside em Feira de Santana ($p=0,02$) e presença de infecção oportunista ($p=0,02$), apresentaram significância estatística para o evento. No teste log rank, foi encontrada significância para a escolaridade ($p=0,00$) e presença de infecções oportunistas ($p=0,00$). A mediana de tempo para o abandono foi de 16 meses. No modelo de Cox, encontrou-se significância para a escolaridade (HR:0,64, IC: 0,47 – 0,88) e para a presença de infecções oportunistas (HR:1,78, IC: 1,28 – 2,48). Os dados encontrados no estudo, em sua maioria, corroboram com a literatura. Identifica-se a juvenização da epidemia; feminização, apesar da incidência ainda ser maior na população do sexo masculino; heterossexualização; e a pauperização, representada pelo baixo nível de escolaridade daqueles que abandonaram o acompanhamento. Porém, quando discutido sobre o município de residência, a maioria do abandono ocorreu naqueles residentes na mesma cidade do serviço,

porém a sua incidência é bem maior quando comparado aos demais. No que diz respeito às infecções oportunistas, acompanhar o serviço proporciona aos profissionais o conhecimento destes eventos e estes fazem com o que o indivíduo perceba a necessidade de dar continuidade ao serviço. A mediada de tempo de abandono foi de 16 meses, o que nos infere perceber a maior vulnerabilidade ao abandono no início, decorrente das mudanças inerentes ao tratamento. Portanto, este estudo visou conhecer os fatores associados ao abandono para que possam ser criadas estratégias de enfrentamento e que evitem a ocorrência de novos episódios.

Palavras chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Continuidade da Assistência ao Paciente; Adolescente; Adulto jovem.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the associated factors to treatment abandonment in adolescents and young adults with positive serology for HIV. It is set up as a quantitative and longitudinal study in which the medical records of the adolescents and young adults enrolled in the Specialized Care Service of the municipality of Feira de Santana / Bahia were analyzed from 2003 to December 2016. After the exclusion, 290 medical records of individuals between 13 and 24 years of age were reviewed, taking into account sociodemographic, clinical and follow-up variables in the service. A descriptive analysis was performed with frequencies, bivariate analysis, between categorical variables of choice, and survival analysis to estimate the median time of abandonment of treatment follow-up. Finally, for the statistically significant variables, the analysis was done by the Cox regression model. The study population is characterized by 73.4% young adults (20 to 24 years); 91.9% of black, brown or indigenous color; 64.5% heterosexual; 73.7% single, widowed or divorced; in addition, 56.2% have more than eight years of study. Of the 290 subjects analyzed, 59% presented the episode of treatment abandonment. When analyzing factors associated with dropout, age ($p = 0.00$), sexual orientation ($p = 0.00$), schooling ($p = 0.00$), resides in Feira de Santana ($p = 0.02$) and presence of opportunistic infection ($p = 0.02$), presented statistical significance for the event. In the log rank test, significance was found for schooling ($p = 0.00$) and presence of opportunistic infections (0.00). The median time to abandonment was 16 months. In the Cox model, significance was found for schooling (HR: 0.64, CI: 0.47-0.88) and for the presence of opportunistic infections (HR: 1.78, CI: 1.28-2, 48). The data found in the study, for the most part, corroborate with the literature. It identifies the juvenilization of the epidemic; feminization, although the incidence is still higher in the male population; heterosexualization; and pauperization, represented by the low level of schooling of those who left the monitoring. However, when discussed about the municipality of residence, the majority of the abandonment occurred in those living in the same city of the service, but its incidence is much higher when compared to the others. With regard to opportunistic infections, monitoring the service provides professionals with the knowledge of these events and these make the individual perceive the need to continue the service. The mean time of abandonment was 16 months, which shows us the greater vulnerability to abandonment at the beginning, due to the changes inherent in the treatment. Therefore, this study aimed to know the factors associated with abandonment so that coping strategies can be created and that prevent the occurrence of new episodes.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Continuity of Patient Care; Adolescent; Young Adult.

INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/aids, apesar dos inúmeros avanços em pesquisas e ações de prevenção e promoção da saúde, ainda é considerada um problema de saúde pública mundial. Ao longo dos anos diversas políticas e programas foram implantados e modificados em resposta ao aumento do número de infectados e à mudança do seu perfil. Atualmente, o comportamento da epidemia se apresenta com características diferentes daquelas relatadas no seu início, em destaque para a heterossexualização, feminização e juvenilização dos infectados (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; SADALA; MARQUES, 2006; VILLARINHO et al., 2013).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa geral de detecção de HIV no país vem caindo gradativamente ao longo dos anos, porém a taxa de juvenilização vem crescendo e recharacterizando essa população. Além disso, o boletim epidemiológico apresenta dados que informam que indivíduos com idade de 13 anos ou mais apresentam a via sexual como principal forma de transmissão, tanto em homens (95,8%) quanto em mulheres (97,1%). No período entre 1980 a junho de 2016, segundo dados do Ministério da Saúde, foram notificados 882.810 casos de aids no Brasil. No município de Feira de Santana 2.565 indivíduos foram matriculados no Serviço de Assistência especializada no período de 2003 a 2016, sendo 386 na faixa etária entre 13 a 24 anos.

Diante do aumento do número de casos destes grupos populacionais agregados às diversas mudanças que circundam esta população, ainda se fazem presentes diversos desafios na prevenção e tratamento desta infecção. São processos de desconstrução e reconstrução de uma nova identidade e responsabilidades, sejam os adolescentes ou os adultos jovens, que precisam de apoio e suporte nos serviços de saúde. Estes sujeitos se encontram vulnerabilizados pelas mudanças inerentes a estas fases e pelos julgamentos que circundam as discussões sobre sexualidade e o cuidado em saúde (TAQUETTE, 2011).

Assim, o processo do adolescer está rodeado por mudanças e descobertas, e atualmente percebe-se um início cada vez mais precoce das relações sexuais, sendo um fator que contribui para a exposição e vulnerabilidades frente à infecção. Em muitos casos ocorre a falta de informação juntamente com despreocupação nas práticas sexuais, sendo caracterizada por uma maior rotatividade de parceiros e preocupação apenas com a gravidez, aumentando

assim o risco de contaminação de infecções sexualmente transmissíveis por não se perceberem vulneráveis e não reconhecerem a importância do uso do preservativo como uma das formas de proteção (SEHNEM et al., 2015; SANTOS, 2016).

As diversas mudanças necessárias após o diagnóstico da sorologia, tais como a necessidade de tomar medicação, realizar exames laboratoriais periódicos, consultas ambulatoriais por tempo indeterminado, dada à cronicidade da doença, assim como o medo do preconceito após a revelação do diagnóstico, são fatores que influenciam no acompanhamento deste ao serviço. Associado a isso, muitos desses adolescentes não compreendem a necessidade de realizar o acompanhamento contínuo no serviço nem mesmo conhecem o que significa possuir o vírus e os cuidados adequados. Muitos jovens optam por abandonar o tratamento por considerar um caminho mais fácil e esquecerem o seu status sorológico (MOTTA et al., 2013; PASCHOAL et al., 2014).

O acompanhamento do usuário com sorologia positiva para o HIV acontece no Serviço de Assistência Especializada (SAE), no qual garante não apenas a distribuição de medicamento, mas também o aconselhamento e o acompanhamento clínico. Por se tratar de uma doença crônica o usuário necessita compreender as dimensões e repercussões da soropositividade na sua vida, dentre elas a inclusão de mudanças de comportamento sexual e a necessidade de acompanhamento no serviço para realizar consultas multiprofissionais, retirada de medicações e realização de exames para que assim possa ser promovida uma maior qualidade de vida para estes indivíduos. Porém, a falta de comunicação sobre esta doença com os adolescentes e os adultos jovens possuem repercussões na adesão adequada ao acompanhamento no serviço (BRASIL, 2013).

Desde o momento do diagnóstico é necessário estabelecer uma rede de ações e serviços que proporcionem o acolhimento e o suporte, para que seja criado um vínculo usuário-serviço e garanta a continuidade do acompanhamento. Conhecer a realidade em que o indivíduo está inserido funciona como uma estratégia para que estes aceitem a sorologia, as repercussões para a saúde, criem confiança na equipe, esclareçam dúvidas e reconheçam a importância do acompanhamento (FORESTO et al., 2017).

Diante disso, a relevância deste estudo está diretamente relacionada com a meta 90-90-90, determinada pela UNAIDS, na qual prevê que 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; que destas, 90% estejam em tratamento; e que 90% das pessoas neste grupo tenham carga viral indetectável. Assim, percebe-se a importância de conhecer os fatores que interferem na continuidade do indivíduo no serviço, para que possam ser criadas ações e que os serviços especializados se organizem para garantir uma maior efetividade na

assistência e que evitem este evento. A falta de continuidade ao serviço repercute não apenas para a saúde deste indivíduo, mas também para a saúde pública e dos que os mesmos se relacionam. Além disto, este estudo apresenta um impacto científico justificado pela escassez de estudo que discutam o abandono ao tratamento, sendo este tanto clínico quanto medicamentoso.

Portanto este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados e o tempo de sobrevivência do abandono do tratamento em adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para o HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com delineamento longitudinal, conduzido por meio de revisão de todos os prontuários clínicos dos adolescentes e adultos jovens, de 13 a 24 anos, ambos sexos, matriculados no Serviço de Atenção Especializada – SAE, uma das unidades especializadas do Centro de Referência Municipal/CRM de DST-HIV-AIDS de Feira de Santana, no período de 2003 a 2016.

O local do estudo foi o SAE em DST/HIV/AIDS que é uma instituição pública no qual a partir do diagnóstico positivo para a sorologia realiza acompanhamento dos usuários, dispensação de medicamentos, atendimentos multiprofissionais, aconselhamento, prevenção e promoção da saúde. Desde a sua implantação, esse serviço atende, não apenas a população da cidade supracitada, mas também de municípios circunvizinhos pactuados na rede de atenção.

Inicialmente, a amostra foi composta por 386 adolescentes e adultos jovens, porém após os critérios de exclusão resultaram em um total de 290 usuários. Foram excluídos os prontuários incompletos; óbito e transferência antes da idade limite ou ocorrência do evento de interesse; indivíduos que completaram 25 anos com tempo de acompanhamento no serviço inferior a seis meses. Considerou-se mínimo de seis meses para inclusão na pesquisa, por ser o tempo máximo de ausência no serviço, de acordo com a nota técnica, para avaliar o abandono.

A classificação dos casos como abandono foi definida a partir do critério adotado pela nota técnica nº 208/09 do Ministério da Saúde, na qual considera abandono ao tratamento os usuários que não retirarem os medicamentos antirretrovirais a partir de três meses após a data prevista, e não retornarem às consultas em seis meses. Nos casos dos indivíduos que não fazem tratamento medicamentoso, considerou-se, a partir de critérios baseados na literatura, como abandono aqueles cuja última visita ao SAE tenha acontecido há mais de seis meses,

nos casos de sintomáticos, e há mais de um ano, no caso de assintomáticos (SANTOS e SEIDL, 2011; SCHILKOWSKY; PORTELA; SÁ, 2011).

Para o desenvolvimento do estudo, após a autorização da coordenação do serviço, utilizou-se o livro de registro de cadastro geral dos pacientes matriculados e a partir desta consulta, identificaram-se todos os adolescentes e adultos jovens. Os prontuários clínicos contam com impressos padronizados e são organizados por ordem cronológica. A coleta aconteceu a partir de um instrumento previamente elaborado e adaptado, sendo obtidas as informações nos prontuários clínicos destes usuários. O período da coleta compreendeu os meses de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018.

O tempo até o abandono, em meses, foi definido como o período entre a data da matrícula do indivíduo no SAE até a ocorrência do primeiro evento de interesse, o abandono (falha) ou a censura. Neste estudo foi considerado como censura o indivíduo que não abandonou o serviço ou aqueles que completaram 25 anos de idade no período estudado. A data mínima para a matrícula foi a data de implantação do serviço, em agosto de 2003 e a data definida para finalizar a análise foi 31 de dezembro de 2016.

As variáveis do estudo foram: idade, sexo, estado civil, orientação sexual, ocupação, município de residência, cor da pele, escolaridade, uso de ARV, número de esquemas já realizados, início do tratamento, infecção oportunista, data do evento, tempo de abandono e situação do caso (falha ou censura).

Os dados foram armazenados no software EpiData, para posterior análise e interpretação no software SPSS versão 22 e STATA versão 12. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva com cálculo da frequência simples e absoluta, seguida da análise bivariada para identificar os fatores associados ao abandono, no qual utilizou-se o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5 %.

Realizou-se a técnica de análise de sobrevivência com a finalidade de estimar a mediana de tempo de abandono desde a matrícula no serviço. Para estimar a sobrevida foi utilizada a curva de sobre vida de Kaplan- Meier. As variáveis preditoras foram testadas para avaliar a significância através do teste log-rank. Por fim, para estimar o efeito das covariáveis do estudo no tempo de abandono, foi utilizado modelo de riscos proporcionais de Cox. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo de número 2.266.294.

RESULTADOS

No período compreendido entre 2003 e 2016, foram estudados 290 adolescentes e adultos jovens, de 13 a 24 anos, soropositivos para o HIV, matriculados no SAE da cidade de Feira de Santana/Bahia. Dessa população, 77 (26,6%) são adolescentes (13 a 19 anos) e 213 (73,4%) adultos jovens (20 a 24 anos).

Considerando-se a investigação de fatores demográficos e socioeconômicos, no período estudado e segundo dados dos prontuários clínicos, verificou-se que a população se compõe, em sua maioria, de 155 (53,4%) do sexo masculino, com uma proporção masculino-feminino de 1,16: 1; quanto à cor da pele cerca de 248 (91,9%) são de cor preta, parda ou indígena. Em relação à orientação sexual 187 (64,5 %) estavam classificados como heterossexuais, já o estado civil identificou-se 213 (73,7%) solteiro, viúvo ou divorciado. No tocante à escolaridade, percebe-se que 163 (56,2 %) apresentam mais de oito anos de estudo (Tabela 1).

Ainda de acordo com a tabela 1, que constam as características da população estudada, 114 (39,3%) dos indivíduos apresentaram um ou mais tipos de infecções oportunistas, sendo predomínio 48,1% (n=78) da infecção ginecológica, sendo as principais: sífilis, herpes zoster e HPV; seguida por 24,1% (n=39) respiratória; classificando as demais como: oral (12,3%), de pele (10,5%) e outras (4,9%). Quanto ao município de residência, 216 (74,7%) residem em Feira de Santana, mesma cidade onde está alocado o local do estudo.

Tabela 1- Caracterização dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de Atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 –2016.

| Variáveis | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 155 | 53,4 |
| Feminino | 135 | 46,6 |
| Idade | | |
| 13 a 19 anos | 77 | 26,6 |
| 20 a 24 anos | 213 | 73,4 |
| Cor da pele* | | |
| Branca/ Amarela | 22 | 8,1 |
| Preta/Parda/Indígena | 248 | 91,9 |
| Orientação Sexual | | |

| | | |
|---|-----|------|
| Heterossexual | 187 | 64,5 |
| Homossexual/ Bissexual | 103 | 35,5 |
| Escolaridade** | | |
| Até 8 anos de estudo | 124 | 43,2 |
| Mais de 8 anos de estudo | 163 | 56,8 |
| Estado civil*** | | |
| Casado/amigado | 76 | 26,3 |
| Solteiro/Viúvo/Divorciado | 213 | 73,7 |
| Reside em Feira de Santana *** | | |
| Sim | 216 | 74,7 |
| Não | 73 | 25,3 |
| Infecção Oportunista | | |
| Sim | 114 | 39,3 |
| Não | 176 | 60,7 |
| Tipo de infecção oportunista**** | | |
| Ginecológica | 78 | 68,4 |
| Respiratória | 39 | 24,4 |
| Oral | 20 | 12,3 |
| Pele | 17 | 10,5 |
| Outras | 8 | 4,9 |

Fonte: Dados da própria pesquisa.

* n = 270

**n = 287

***n = 289

****n=114

Em relação ao intervalo tempo entre a matrícula e o início do tratamento, identificou-se que 54,1% começaram antes de seis meses, sendo que 32 (11%) começaram no mesmo dia da matrícula. No que concerne à ocupação, identificou-se que devido a faixa etária 29,3% (n=86) corresponde a estudantes, seguido por 23,1 (n=67) que se declararam como do “lar” (dados não apresentados em tabela).

A tabela 2 apresenta a análise bivariada para os fatores associados ao abandono do tratamento, sendo esses dados referentes às características do indivíduo e clínicas. As variáveis que apresentaram significância estatística foram a idade ($p=0,00$) sendo 67,3% dos abandonos concentrados na faixa etária de 20 a 24 anos; orientação sexual ($p=0,00$) onde 70,76 se autodeclararam heterossexuais; escolaridade ($p=0,00$) com 50,9% até oito anos de estudo; reside em Feira de Santana ($p=0,02$), sendo que 70,2 residem na cidade; infecção oportunista ($p=0,02$) onde 67,8 não apresentaram infecção oportunista. As demais variáveis não foram estatisticamente significantes.

Tabela 2 – Análise bivariada da associação entre a ocorrência de abandono do tratamento de HIV/AIDS e as características dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016.

| Variáveis | Abandono (n =290) | | | | p valor |
|--------------------------|-------------------|------|---------|------|-------------|
| | Sim | | Não | | |
| | n = 171 | % | n = 119 | % | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 86 | 50,3 | 69 | 58 | 0,19 |
| Feminino | 85 | 49,7 | 50 | 42 | |
| Idade | | | | | |
| 13 a 19 anos | 56 | 32,7 | 21 | 17,6 | 0,00 |
| 20 a 24 anos | 115 | 67,3 | 98 | 82,4 | |
| Cor da pele* | | | | | |
| Branca/ Amarela | 13 | 8,1 | 9 | 8,3 | 0,69 |
| Preta/Parda/Indígena | 148 | 91,9 | 100 | 91,7 | |
| Orientação Sexual | | | | | |
| Heterossexual | 121 | 70,8 | 66 | 55,5 | 0,00 |
| Homossexual/ Bissexual | 50 | 29,2 | 53 | 44,5 | |
| Escolaridade** | | | | | |
| Até 8 anos de estudo | 87 | 51,8 | 37 | 31,1 | 0,00 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|------|----|------|-------------|
| Mais de 8 anos de estudo | 81 | 48,2 | 82 | 68,9 | |
| Estado civil*** | | | | | |
| Casado/amigado | 50 | 29,4 | 26 | 21,8 | 0,19 |
| Solteiro/Viúvo/Divorciado | 120 | 70,6 | 93 | 78,2 | |
| Reside em Feira de Santana *** | | | | | |
| Sim | 120 | 70,2 | 96 | 81,4 | 0,02 |
| Não | 51 | 29,8 | 22 | 18,6 | |
| Infecção Oportunista | | | | | |
| Sim | 55 | 32,2 | 60 | 50,4 | 0,02 |
| Não | 116 | 67,8 | 59 | 49,6 | |

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

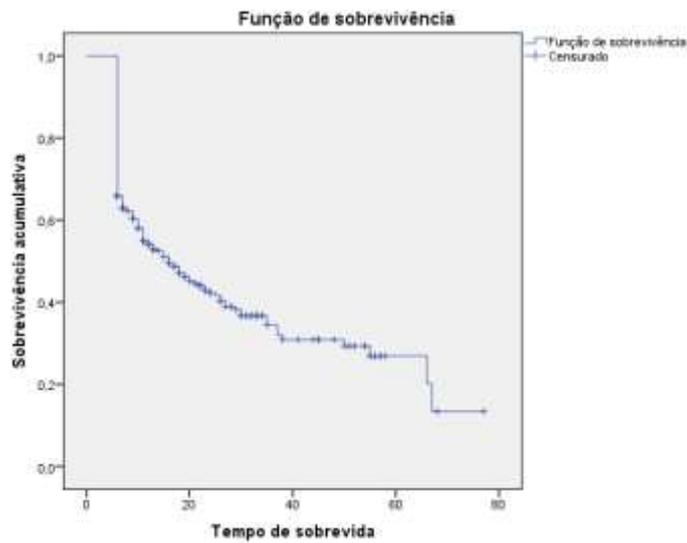
* n = 270

**n = 287

***n = 289

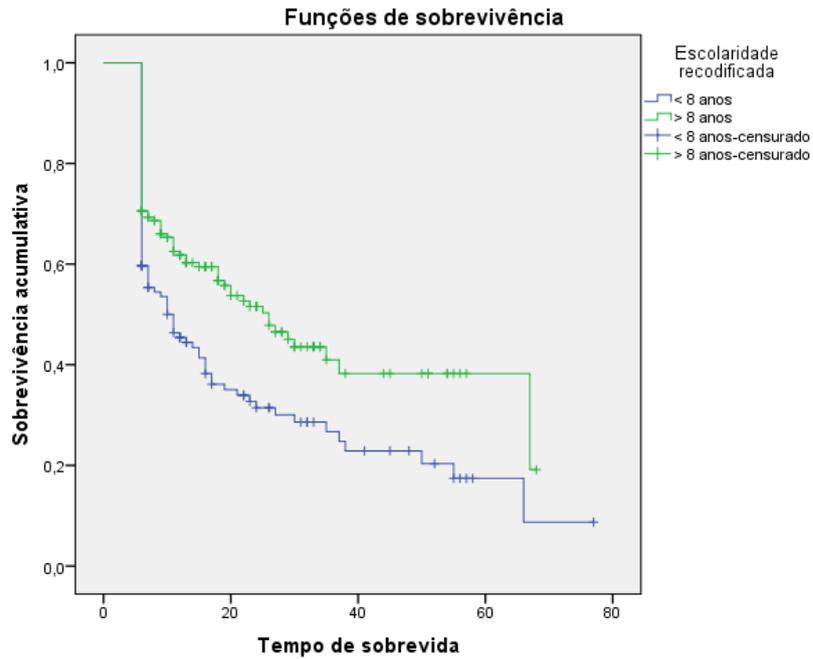
Quanto ao abandono do acompanhamento identificou-se que dos 290 adolescentes e adultos jovens estudados, 171 (59%) entraram no critério estabelecido para o abandono. Sendo a mediana para o tempo de abandono de 16 meses (figura 1)

Figura 1 – Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016.



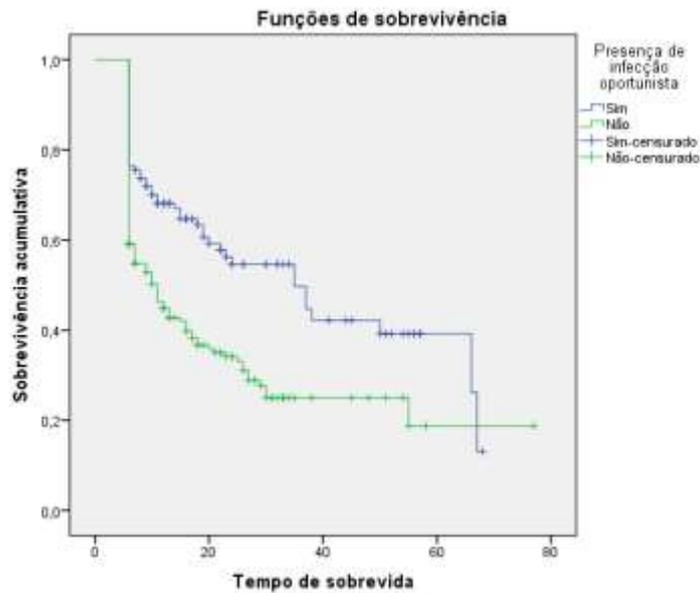
Nas figuras 2 e 3, são apresentadas as curvas das variáveis estatisticamente significantes a partir do teste log rank. Quanta à escolaridade, 50,3% apresentam escolaridade maior de oito anos de estudo, sendo a mediana de tempo geral de abandono do tratamento de 16 meses. Assim como, quanto analisada a presença de infecção oportunista, identificou-se que 52,6% apresentaram algum tipo de infecção.

Figura 2 – Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, segundo escolaridade, no período de 2003 -2016.



Teste log rank p: 0,00

Figura 3 – Curva de sobrevivência, em meses, dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, segundo a presença de infecção oportunistas, no período de 2003 -2016.



Teste log rank p: 0,00

Na tabela 3 analisou-se a relação da sobrevida com as variáveis preditoras. Dentre estas as que apresentaram significância estatística foram a escolaridade ($p=0,0$) e infecção oportunista ($p=0,00$). As demais variáveis não foram estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Análise das características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016, a partir do teste log rank.

| Variáveis | % | p valor |
|---------------------------------------|----------|----------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 53,4 | 0,52 |
| Feminino | 46,6 | |
| Idade | | |
| 13 a 19 anos | 26,6 | 0,23 |
| 20 a 24 anos | 73,4 | |
| Cor da pele* | | |
| Branca/ Amarela | 8,1 | 0,54 |
| Preta/Parda/Indígena | 91,9 | |
| Orientação Sexual | | |
| Heterossexual | 64,5 | 0,07 |
| Homossexual/ Bissexual | 35,5 | |
| Escolaridade** | | |
| Até 8 anos de estudo | 43,2 | 0,00 |
| Mais de 8 anos de estudo | 56,8 | |
| Estado civil*** | | |
| Casado/amigado | 26,3 | 0,27 |
| Solteiro/Viúvo/Divorciado | 73,7 | |
| Reside em Feira de Santana *** | | |
| Sim | 74,7 | 0,12 |

| | | |
|-----------------------------|------|-------------|
| Não | 25,3 | |
| Infecção Oportunista | | |
| Sim | 39,3 | 0,00 |
| Não | 60,7 | |

Fonte: Dados da própria pesquisa.

* n = 270

**n = 287

***n = 289

Na análise multivariada descrita na tabela 4, pelo modelo de riscos proporcionais de Cox no qual indica o efeito das variáveis que se mostraram associadas à ocorrência do abandono, a variável “infecção oportunista” apresentou significância estatística (HR=1,78; IC= 1,28 – 2,48; p=0,00). O hazard (ou risco instantâneo) de ocorrência de abandono entre indivíduos que não apresentaram infecção oportunista foi 1,78 em relação aos que apresentaram. Assim como a variável escolaridade também foi estatisticamente significativa (HR=0,64; IC= 0,47 – 0,88; p=0,00).

Tabela 4 – Modelo de regressão de Cox para a análise da ocorrência de abandono do tratamento dos adolescentes e adultos jovens matriculados no Serviço de atenção Especializada de Feira de Santana, Bahia, no período de 2003 -2016.

| Variáveis | HR (IC 95%) | p valor |
|---|--------------------|----------------|
| Sexo | 0,84 (0,58 – 1,24) | 0,39 |
| Idade | 0,80 (0,57 – 1,12) | 0,20 |
| Estado Civil | 1,00 (0,99 – 1,00) | 0,44 |
| Orientação Sexual | 0,73 (0,48 – 1,10) | 0,14 |
| Cor da pele | 0,99 (0,99 – 1,00) | 0,60 |
| Escolaridade | 0,64 (0,47 – 0,88) | 0,00 |
| Município de Residência (Feira de Santana ou não) | 0,99 (0,96 – 1,02) | 0,76 |
| Infecções oportunistas | 1,78 (1,28 – 2,48) | 0,00 |

Fonte: Dados da própria pesquisa

DISCUSSÃO

O abandono do tratamento apresenta repercussões que perpassam em todas as condições de vida do indivíduo, sejam nos relacionamentos interpessoais, na escola ou trabalho, na sexualidade, na mudança dos estilos de vida e até mesmo na compreensão do significado da infecção, principalmente quando acontecem em adolescentes e adultos jovens. Esta população já se encontra vulnerabilizada diante das dificuldades emocionais e socioeconômicas intrínsecas deste momento da vida, no qual podem afetar a adesão, porém fatores como a escolaridade, orientação sexual e até mesmo a presença de infecções oportunistas, estão associados com uma maior ocorrência do abandono do serviço. (FORESTO et al., 2017).

Este e outros estudos adotaram a definição do abandono considerando não apenas como a interrupção da ingestão de medicamentos, mas também o afastamento do acompanhamento ambulatorial, composto pelas consultas, realização de exames e orientações da equipe. Aderir a todo o tratamento promove uma maior qualidade de vida, diminuição de internações devido a um aumento de infecções oportunistas e empoderamento do sujeito enquanto a sua situação sorológica (SCHILKOWSKY; PORTELA, SÁ, 2011; RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

A faixa etária determinada para este estudo evidencia que apesar de ainda não serem os mais acometidos pela infecção, neste serviço os adolescentes e adultos jovens (13 – 24 anos) correspondem a 15% (386) dos matriculados desde o momento da implantação do SAE, em 2003, até dezembro de 2016. Destes, alguns solicitaram transferência, fazem acompanhamento em outro serviço de saúde ou foram a óbito antes dos 24 anos, totalizando para o estudo 290 indivíduos. Verificou-se que destes 58,96% já abandonaram o tratamento, sendo 67,25% adultos jovens corroborando com outros estudos que apontam uma tendência de aumento na taxa de infecção na população jovem (BRASIL, 2013; PEREIRA et al., 2014). Desta forma, foi observada significância estatística entre a idade do indivíduo no momento da matrícula e o abandono do acompanhamento ($p=0,00$).

Apesar do processo de feminização da epidemia, o número de infectados matriculados no serviço do sexo masculino ainda é maior, corroborando com outros estudos (SANTOS e SEIDL, 2011; FIUZA et al, 2013). Porém quando observada a proporção de abandono, ambos os sexos apresentaram valores semelhantes, dos 171 casos de abandono, 86 aconteceram em pessoas do sexo masculino e 85 do sexo feminino, corroborando com os estudos que discutem sobre o processo da feminização da infecção do HIV e a semelhança de

proporção de contaminação. Ainda sobre isso, estudos em geral não trazem uma associação entre sexo e adesão, porém com o aumento da incidência e o surgimento de piores resultados no tratamento em mulheres percebe-se a necessidade de ampliar a investigação, seja ela consequência da condição social de gênero ou até mesmo pelo cuidado com crianças ou com a casa, que são fatores apontados como contribuidores para a má adesão (TEIXEIRA et al., 2000; SILVA; NASCIMENTO JUNIOR; RODRIGUES, 2014).

Como outro exemplo da mudança do perfil, destaca-se a heterossexualização correspondendo a 64,48% do número de indivíduos estudados, sendo estes responsáveis por 70,76% dos abandonos quando relacionado à orientação sexual. Além disso, ser solteiro, viúvo ou divorciado demonstrou uma proporção maior de abandono do que os casados, correspondendo a 70,17% dos indivíduos, sendo estatisticamente significativa ($p=0,00$). Estudos evidenciam que a presença de um parceiro no processo de adoecimento proporciona maior suporte e repercussão positiva na adesão do usuário ao serviço (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; FIUZA et al., 2013).

No tocante à escolaridade há uma frequência de 56,2% com oito anos ou mais de estudo, porém há uma proporção maior nos indivíduos com até oito anos que abandonaram, correspondendo a 50,8%. Portanto, apesar de em sua maioria ter um maior tempo de estudo, o outro grupo possui uma alta taxa de abandono, confirmando com a literatura mundial sobre a relação entre o baixo nível de escolaridade e infecção do HIV, sugerindo a pauperização da epidemia. A escolaridade é considerada um dos fatores que indicam o nível socioeconômico, portanto fica evidenciado que a infecção do vírus por pessoas de baixa escolaridade sugere que estas possuem menos acesso à informação, piores condições de vida, maior dificuldade para compreender a importância da adesão e impacto negativo sobre o autocuidado, tornando estes sujeitos vulnerabilizados a uma maior chance de abandonar o acompanhamento (BRASIL, 2008; SILVA; COSTA; COSTA, 2013; PEREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2015).

No que diz respeito a escolaridade, foi observado neste estudo uma significância estatística ($p=0,00$) tanto para o abandono quanto a influência desta no tempo de abandono.

Apesar de outros estudos apontarem que a taxa de abandono é maior nas situações que o indivíduo mora distante do local de tratamento ou até mesmo em um outro município, o que dificultaria o acompanhamento por falta recursos para deslocamento, esta variável foi estatisticamente significativa para o abandono ($p=0,02$). O presente estudo possui um número de 74,74% residindo na mesma cidade do serviço (Feira de Santana) e uma taxa de abandono de 70,17% (SANTOS e SEIDL, 2011).

No que tange à presença de infecções oportunistas, encontrou-se neste estudo significância estatística ($p=0,02$) para o não acometimento de infecção associado ao abandono. O estudo de Teixeira et al. (2000) sugere que infecções oportunistas prévias possuem associação com uma melhor aderência ao acompanhamento no serviço, pela percepção de gravidade pelo sujeito. Porém, outros estudos discutem que a ocorrência de infecções oportunistas decorre de uma má adesão aos medicamentos e acompanhamento clínico, dos quais funcionam como uma estratégia para controle de complicações e promoção de uma maior qualidade de vida para estes usuários. Sem contar que ausência de doenças oportunistas ativas podem reduzir o risco de transmissão sexual do vírus do HIV e reduzir significativamente a morbimortalidade (BRASIL,2008; BRASIL,2013; SILVA; COSTA; COSTA, 2013).

No que concerne ao tempo de abandono do usuário no serviço, o presente estudo demonstrou uma mediana de intervalo de tempo de 16 meses entre a data da matrícula no serviço até o momento do episódio de abandono. Corroborando com o estudo de Schilkowsky, Portela e Sá (2011) que concluiu uma vulnerabilidade maior para a ocorrência do abandono nas fases iniciais do acompanhamento. Melchior e colaboradores (2007) complementam que a fase inicial possui o desafio também da incorporação da sorologia no cotidiano do indivíduo, assim como a confidencialidade do diagnóstico, medo da discriminação e dificuldade com os efeitos colaterais e a quantidade de medicamentos.

Quando se tratando do nível de escolaridade geral apresentou a mediana de intervalo de tempo de 16 meses, porém para quem possui escolaridade acima de oito anos de estudo foi maior (26 meses) comparado aqueles com menor de oito anos (10 meses). Corroborando com achados já discutidos, a escolaridade na literatura é definida como um fator que contribui para o aumento da vulnerabilidade da infecção e compreensão da epidemia, o que é plausível justificar o cenário de abandono ser maior neste grupo (FONTES, et al.,2017).

Já ao discutir sobre a presença de infecção oportunista, identificou-se uma mediana de tempo maior (35 meses) para aqueles que apresentaram algum tipo de infecção em relação a aqueles que não tiveram nenhuma (11 meses). Pode-se inferir que a detecção de infecções e o seu registro somente é possível realizar nos indivíduos que acompanham o serviço, assim como apresentar algum tipo de infecção demonstra para este indivíduo a necessidade e importância em continuar com o tratamento no serviço.

Nos primeiros anos da epidemia falava-se em sobrevida após o diagnóstico, o indivíduo que se infectava com o vírus já estava predestinado ao óbito, porém com o advento da terapia antirretroviral juntamente com o desenvolvimento de programas, políticas e

serviços voltados à prevenção e promoção da saúde, atualmente deve-se tratar o assunto como qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV. Portanto, a aids passa a ser considerada como uma doença crônica que deve estar associada às consultas, exames e medicamentos regulares (ROSSI; PEREIRA, 2014).

Compreender as mudanças decorrentes do diagnóstico da soropositividade para o vírus do HIV faz com que o usuário e profissionais possam estar atentos e discutam que o acompanhamento e garantia da qualidade de vida vai muito além da tomada de medicações, mas sim aderir ao serviço e realizar todas as exigências nos procedimentos de acompanhamento. Com a introdução dos antirretrovirais a vida das pessoas infectadas pelo vírus se prolongou, porém criou-se também a necessidade de fiscalização da administração e os efeitos colaterais, assim como reconhecer a importância de conhecer como acontecem esses processos e as dificuldades em conseguir uma boa adesão ao serviço (ROSSI; PEREIRA, 2014).

Realizar o acompanhamento inclui, além da retirada de medicação, a mudança de hábitos alimentares, nas práticas sexuais, exames e consultas periódicas, e, talvez o principal, o suporte para o enfrentamento e a aceitação da infecção. Muitos profissionais estão voltados apenas para a patologia e a terapia medicamentosa, mas ser soropositivo envolve questões muito maiores e que influenciam na qualidade de vida, ansiedade, ânimo e interesse em permanecer no acompanhamento mesmo com as dificuldades e discriminações ainda existentes (TEIXEIRA et al, 2000; ROSSI; PEREIRA, 2014).

Ao relacionarmos os resultados encontrados no estudo com o modelo teórico escolhido, percebe-se que há uma relação direta entre a vulnerabilidade e o abandono do tratamento com os DSS. Os fatores tanto individuais, comportamentais e sociais influenciam diretamente neste contexto. A faixa etária estudada é composta por diversas transformações, sejam elas biológicas, de identidade, escolhas para a vida, novas responsabilidades e curiosidades, assim como nesta fase ainda há um menor grau de consciência sobre o risco de contrair certas doenças, o que os deixam mais vulneráveis à infecção. Além disso, este contexto também reflete na percepção da importância em realizar o tratamento de forma contínua e adotar as medidas de prevenção. As mudanças no perfil dos infectados associados a aspectos, tais como baixa escolaridade, dificuldade de acesso à informação e estigma da doença, são fatores que corroboram com esta realidade (SEHNEM et al., 2015; SANTOS, 2016).

O presente estudo abordou fatores associados ao abandono do tratamento, porém apresenta como limitação a impossibilidade de relatar o motivo deste evento, pois estas

informações não estão disponíveis nos prontuários clínicos dos indivíduos acompanhados no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes e adultos jovens é falar da vulnerabilidade inerente a esta fase, a partir das mudanças, descobertas e ressignificações constantes. Estas são etapas que naturalmente já são enfrentados diversos desafios e momentos de experimentações, portanto identifica-se a necessidade de uma maior atenção para a população com sorologia para o HIV.

Os resultados destes estudos reforçam a necessidade de conhecer a realidade da população atendida no serviço, para que sejam criadas estratégias a fim de minimizar o abandono do tratamento, sendo este não apenas a terapia medicamentosa, mas também o acompanhamento ambulatorial e realização de exames laboratoriais periódicos. Além disso, os resultados sugerem que a fase inicial do tratamento esta rodeada por transformações e apresenta uma maior possibilidade de abandono. Portanto, se faz necessário criar vínculo com o usuário, passando confiança e o conscientizado sobre a importância da continuidade da assistência.

Os fatores associados ao abandono encontrados neste estudo estão de acordo com os discutidos na literatura, assim como a mediada de tempo de abandono, o que reforça a importância de ampliar esta discussão, pois ainda é incipiente e precisa de mais atenção e ações para que não aconteça.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Nota técnica nº 208/09** – UAT/DST – AIDS/SVS/MS. Dispõe sobre as orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids e IST**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano V, n. 1, 27^a à 53^a semanas epidemiológicas, jul. /dez. 2009 e 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2017

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001 .

FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 75-84, Mar. 2012 .

FIUZA, Maria Luciana Teles et al . Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 740-748, Dec. 2013.

FONTES, Miguel Barbosa et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. saúde colet.** 22 (4) Abr 2017

FORESTO, Jaqueline Scaramuza et al . Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e63158, 2017 .

MELCHIOR, Regina et al . Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, p. 87-93, Dec. 2007 .

MOTTA, Maria da Graça Corso da et al . O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, p. 345-350, June 2013 .

PASCHOAL, Eduardo Pereira et al . Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014 .

PEREIRA, Bianca de Souza 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 747-758, Mar. 2014 .

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivya. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 113, p. 526-538, Apr. 2017 .

ROSSI, Pedro Santo; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Saúde Soc**; 23 (2): 484-495, apr-jun/2014.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 2369-2378, Nov. 2006 .

SANTOS, Fabiana Borges; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Caracterização de pessoas com HIV/aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasiliamed**; 48 (3), out. 2011.

SANTOS, Ishesiley Micaelle de Sousa. **A aids e a juvenilização da Epidemia: uma questão de debate**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SA, Marilene de Castilho. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 187-197, June 2011 .

SEHNEM, Graciela Dutra et al. A saúde no adolescer com HIV/aids: caminhos para uma agenda pós-2015. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 39-46, 2015 .

SILVA, José Adriano Góes et al . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, June 2015.

SILVA, João Victor Farias da; NASCIMENTO JÚNIOR, Fábio Jorge Melo do; RODRIGUES, Ana Paula Rebelo Aquino. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde** | Maceió | v. 2 | n.1 | p. 165-175 | maio 2014.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; COSTA, Mayara Mirna do Nascimento; COSTA, Danyella Augusto Rosendo da Silva. Adesão ao tratamento com antirretrovirais por pessoas com aids: revisão de literatura. **Revenferm UFPE online.**, Recife, 7(esp):4227-34, maio., 2013.

Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues Ade O, Bortolotti LR, Amorim E. The AIDS epidemic in adolescents between the ages of 13 and 19 in the City of Rio de Janeiro, Brazil: space-time description. **RevSocBrasMed Trop.** 2011; 44(4):467-70.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, Apr. 2013 .

8 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo estão de acordo com o discutido na literatura sobre o novo perfil dos infectados com o vírus do HIV. Em especial a juvenilização, que além de apresentar aumento dos índices ao longo dos últimos anos, exige uma abordagem diferenciada, dada a complexidade que esta fase apresenta, principalmente àqueles com a sorologia positiva.

Adolescentes e adultos jovens já vivenciam momentos de descobertas e desafios intrínsecos desta fase, porém ao se depararem com a revelação do status sorológico emergem dúvidas e mudanças necessárias para toda a vida. Pode-se citar a necessidade de acompanhamento por um serviço especializado, realizando consultas ambulatoriais, exames laboratoriais e a retirada da medicação rotineiramente e por tempo indeterminado.

O presente estudo demonstra que o episódio do abandono apresentou uma alta incidência, o que nos remete a identificar a dificuldade destes grupos em permanecerem no serviço. Ao analisar os fatores associados, verifica-se a influência da idade, orientação sexual, escolaridade, município de residência e a presença de infecções oportunistas. Com um destaque para a influência da baixa escolaridade, como um indicador da pauperização, e a presença de infecções oportunistas, fatores que contribuíram também para o tempo de ocorrência do evento. Em relação à infecção oportunista identificou-se uma incidência maior daqueles que não abandonaram, porém esta informação nos permite inferir que para aqueles que não realizam o acompanhamento não é possível saber se a infecção está presente ou não, em contrapartida há um elevado número daqueles que acompanham pela identificação e tratamento dos mesmos no serviço.

Além disto, um importante resultado deste estudo é o tempo de abandono deste acompanhamento. Este aconteceu após 16 meses de matrícula no serviço, o que demonstra a importância da atenção inicial a este usuário. No momento da revelação e da matrícula no SAE, é necessário que a equipe de profissionais identifique os fatores que podem contribuir para a ocorrência do abandono a fim de minimizá-lo. Outro fator importante é o esclarecimento sobre a infecção e a conscientização do sujeito sobre a sua situação sorológica e importância de estar no serviço.

Espera-se que estes resultados, possam contribuir para que sejam intensificadas as ações e o cuidado com o usuário matriculado no serviço em todo o momento do acompanhamento, em especial nos primeiros dois anos. Acredita-se também que após compartilhamento dos resultados aos profissionais e gestores da unidade, estes possam subsidiar o serviço a realizar a busca ativa dos casos de abandono e interferir nos reais fatores

que interferem na ocorrência deste evento. Além disso, espera-se que hajam mais pesquisas sobre este tema, principalmente com o intuito de compreender o motivo deste abandono

REFERÊNCIAS

AFRAN, L. et al. HIV – exposed uninfected children: a growing population with a vulnerable immune system? **Clinical & Experimental Immunology**; 176 (1): 11-22, 2014 Apr.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; MOÇO, Ednéia Tayt-Sohn Martuchelli; BATISTA, Cláudio Sergio. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.63-74, 2010.

AMARAL, Regiane da Sila et al. Soropositividade para HIV/AIDS e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. **Rev Pesq Saúde**, 18(2): 108-113, mai-ago, 2017.

ANJOS, Renata Holanda Dutra dos et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 829-837, Aug. 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia, D. Freitas, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 117-139.

BARROS, José D' Assunção. **O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico/** José D' Assunção Barros. 8. Ed. –Petrópolis, RJ: vozes, 2012.

BAZIN, Gabriela Ricordietal. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 687-702, Apr. 2014.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009

BITTENCOURT, Ana Luiza Portela; FRANCA, Lucas Garcia; GOLDIM, José Roberto. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 311-319, Aug. 2015.

BRASIL. **Decreto 13 de março de 2006.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. **Nota técnica n° 208/09** – UAT/DST – AIDS/SVS/MS. Dispõe sobre as orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual.** /Coordenação Nacional de DST e Aids. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.** Ministério da Saúde, Brasília, 2014 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.** Ministério da Saúde. Brasília, 2014 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids e IST**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano V, n. 1, 27^a à 53^a semanas epidemiológicas, jul. /dez. 2009 e 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2017

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34(2): 207-217, mar-abr, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

CÂMARA, S.C. **Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto do programa Saúde na Escola**. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado profissional em saúde da criança e do adolescente). Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2012.

CAMPOS, T.; RIBEIRO, L. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/aids no Alto Vale do Jequitinhonha, 1995- 2008. **Rev Med Minas Gerais** 2011; 21(1): 14-18

CARDIM, Mariana Gomes; NORTE, Monique de Sales; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Adesão de crianças e adolescentes à terapia antirretroviral: estratégias para o cuidado. **R.pes.: cuid. fundam.** online 2013. dez., 5(5):82-94.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. /Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012, nº12, seção 1, p. 59. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

CUNHA, Gilmar Holanda da et al. Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 183-191, Apr. 2015.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M.T.G. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. **Rev enfermagem UFPE online**. 5(3):713-21. 2011.

DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret. Políticasansstrategiestopromote social equity in health. **Arbetsrapport/InstitutetförFramtidsstudier**; 2007:14

DIAS, Juciema de Jesus et al. Sobrevida em crianças e adolescentes infectados via vertical pelo HIV e fatores associados ao óbito. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 12):5328-38, dez., 2017

DRAKE, Alison L. et al. Incident HIV duringPregnancyandPost-partumandRiskofMother-to-Child HIV Transmission: A SystematicReviewand Meta-Analysis. **PLoS Med**. 2014 Feb; v. 11(2).

FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 75-84, Mar. 2012 .

FIUZA, Maria Luciana Teles et al . Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 740-748, Dec. 2013.

FONTES, Miguel Barbosa et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. saúde colet**. 22 (4) Abr 2017

FORESTO, Jaqueline Scaramuza et al . Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e63158, 2017 .

GALANO, Eliana et al. Entrevista com os familiares: um instrumento fundamental no planejamento da revelação diagnóstica do HIV/Aids para crianças e adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2739-2748, Oct. 2012.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saudesoc.**, SãoPaulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec.2010.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan.2012.

GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estud. av.**, SãoPaulo, v. 22, n. 64, p. 73-94, Dec. 2008.

HALLAL R, et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil [Access to antiretroviral treatment in Brazil]. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. 2010;4(2):53-65.

HOLANDA, Viviane R. Adesão ao tratamento de crianças soropositivas ao HIV: uma análise conceitual. AÑO 12 - VOL. 12 Nº 3 - **CHÍA, COLOMBIA** - DICIEMBRE 2012 1 228-240.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas de Feira de Santana**. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/3HC>. Acesso em: 29 de junho de 2016.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic**. International cooperation.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.

KUYAVA, Joel; PEDRO, Eva Neri Rubim; BOTENE, Daisy Zanchi de Abreu. Crianças que vivem com AIDS e suas experiências com o uso de antirretrovirais. **Rev Gaúcha Enferm** 2012; 33(3):58-64.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface** (Botucatu). 19(53):237-49. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. – 6. ed. – São Paulo: Atlas 2005.

MELCHIOR, Regina et al . Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, p. 87-93, Dec. 2007 .

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Ministério da Saúde. **Sistema de informações de saúde: epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 29 de junho de 2016.

MELO, Márcio Cristiano de. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes com SIDA: série histórica de 1985 a 2012. **RevEnfermUFSMSet/Dez**;3(3):418-428. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MENDONÇA, Patricia Maria Emerenciano de; ALVES, Mario Aquino; CAMPOS, Luiz Claudio. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil. **RAE electron.**, SãoPaulo, v. 9, n. 1, June 2010.

MOTTA, Maria da Graça Corso da et al . O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, p. 345-350, June 2013 .

MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, Apr. 2007.

NICHIATA, Lúcia YasukoIzumiet al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe2, p. 1769-1773, Dec. 2011.

OLIVEIRA, M. S. et al. Incidence of antiretroviral adverse drug reactions in pregnant women in two referral centers for HIV prevention of mother-to-child-transmission care and research in Rio de Janeiro, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. Vol. 18; 372-378. 2014.

PAIVA, Vera et al . A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 10, p. 4199-4210, Oct. 2011 .

PAULA, Cristiane Cardoso et al. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem HIV/AIDS: cuidado centrado na criança e na família. **CiencCuidSaude** 2012 Jan/Mar; 11(1):196-201

PAULA, Cristiane C.; CABRAL Ivone E.; SOUZA, Ívis Emília O. O cotidiano de crianças infectadas pelo hiv no adolescer: compromissos e possibilidades do cuidado de si. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2008: 20(3-4): 173-178 - ISSN: 0103-4065.

PASCHOAL, Eduardo Pereira et al . Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014 .

PEREIRA, Bianca de Souza 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 747-758, Mar. 2014 .

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, July 2011.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1201-1208, 2010.

REIS, Regina Sá dos. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, jan-dez / 2004, jan-dez / 2005.

RIBEIRO, A.C et al. Perfil clínico de adolescentes que têm aids. **CogitareEnferm.**, vol.15, num.2, pag.256-262, 2010.

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivia. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 113, p. 526-538, Apr. 2017 .

ROSSI, Silvia Maria Gomes de et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 2, p. 117-123, Aug. 2012.

ROSSI, Pedro Santo; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.2, p.484-495, 2014.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, Nov. 2006.

SANT'ANNA, CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):92-9.

SANTOS, Fabiana Borges; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Caracterização de pessoas com HIV/aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasiliamed**; 48 (3), out. 2011.

SANTOS, E.E.P. et al. Jovens adultos vivendo com HIV/aids como um problema de saúde pública no Brasil. **Parainfo digital monográficos de investigación en salud**, ano VIII, n.20, 2014.

SANTOS, Ishesiley Micaelle de Sousa. **A aids e a juvenalização da Epidemia: uma questão de debate**. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

SCHAURICH, Diego. Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos de HIV/Aids. **REVISTA CONTEXTO & SAÚDE**. EDITORA UNIJUÍ Ano 03 n° 06 jan. /jun. P. 115-127. 2004

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 989-995, Aug. 2011.

SCHILKOWSKY, Louise Bastos; PORTELA, Margareth Crisóstomo; SÁ, Marilene de Castilho. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ **Rev Bras Epidemiol** 2011; 14(2): 187-97.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. A saúde no adolescer com HIV/aids: caminhos para uma agenda pós-2015. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 39-46, 2015.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Sexualidade de adolescentes que vivem com HIV/aids: fontes de informação delimitando aprendizados. **Esc Anna Nery** 2018;22(1).

SILVA, Carla Glenda Souza da. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 156-163, mar.2007.

SILVA, José Adriano Góes et al . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, June 2015.

SILVA, João Victor Farias da; NASCIMENTO JÚNIOR, Fábio Jorge Melo do; RODRIGUES, Ana Paula Rebelo Aquino. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde** | Maceió | v. 2 | n.1 | p. 165-175 | maio 2014.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; COSTA, Mayara Mirna do Nascimento; COSTA, Danyella Augusto Rosendo da Silva. Adesão ao tratamento com antirretrovirais por pessoas com aids: revisão de literatura. **Revenferm UFPE online.**, Recife, 7(esp):4227-34, maio., 2013.

SILVA, Clarissa Bohrer da et al. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 522-531, June 2016.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, mar. 2010.

TAQUETTE SR, MATOS HJ, RODRIGUES Ade O, BORTOLOTTI LR, AMORIM E. The AIDS epidemic in adolescents between the ages of 13 and 19 in the City of Rio de Janeiro, Brazil: space-time description. **RevSocBrasMed Trop.** 2011; 44(4):467-70.

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 7, p. 2193-2200, July 2015 .

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**; 37(4/5): 324-329, Abr.-Mai. 2015

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R. F.; GUANILO. M.C.T.U. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/aids. **RevBrasEnferm**, Brasília, vol. 64, num 2, pag. 370-375, 2011.

TROMBINI, Eliana Silva; SCHERMANN, Ligia Braun. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2): 419-425 2010.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, Apr. 2013.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Responsável pelo preenchimento: _____

Data do preenchimento: ___/___/___

Nº: _____

1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Registro: _____

1.2. Data de nascimento: ___/___/___

1.3. Idade: _____ anos

1.4. Sexo

(1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado

1.5. Estado Civil

(1) Casado/amigado (2) Solteiro (3) Viúvo/divorciado (4) Ignorado

1.6. Orientação sexual

(1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual (4) Sem atividade sexual (5)
Outro

1.7. Ocupação: _____

1.8. Endereço: _____

1.9. Município de Residência: _____

1.10. Zona:

(1) Urbana (2) Rural (3) Periurbana (9) Ignorado

1.11. Cor da pele

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Ignorado

1.12. Escolaridade

(0) Não alfabetizada

(1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo

(3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo

(5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo

(9) Ignorado

2 DIAGNÓSTICO

2.1 Tipo de transmissão

(1) Vertical (2) Sexual (3) Transfusional (4) Drogas endovenosas (9) Ignorado

2.2 Data da matrícula/admissão: ___/___/___

2.3 Motivo da descoberta: _____

2.4 Quanto tempo após a descoberta iniciou o tratamento? _____

2.5 Data do primeiro exame de CV: ___/___/___

2.6 Resultado do primeiro exame de CV: _____

2.7 Data do primeiro exame de CD4: ___/___/___

2.8 Resultado do primeiro exame de CD4: _____

3 TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

3.1 Primeiro esquema ARV: _____

3.2 Data do início do TARV: ___/___/___

3.3 Esquema ARV atual: _____

3.4 Número de esquemas de tratamento já realizados: _____

3.5 Motivo da mudança: _____

3.6 Uso de ARV: (1) Sim, desde ___/___/___ (2) Não (9) Ignorado

3.7 Retirada de medicamento no mês anterior? (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

3.8 Idade da última consulta: _____

3.9 Data da última consulta: ___/___/___

3.10 Comorbidades: _____

3.11 Infecções oportunistas: _____

4 ABANDONO

4.1 Já abandonou a TARV?

(1) Sim, quantas vezes? _____ Se sim, qual motivo: _____ (2) Não

4.2 Já abandonou o acompanhamento ambulatorial?

(1) Sim, quantas vezes? _____ Se sim, qual motivo: _____ (2) Não

4.3 Abandono:

(1) SIM (2) NÃO

5 ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO

ANEXO A – Nota Técnica n 208/09

SIPAR - Ministério da Saúde
 Registro Número
 25000 - 580523/2009-02
 18 / 08 / 09



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE DST E AIDS
 SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Auditório
 70070-600 - Brasília/DF
 Telefone: (61) 3306-7037/7043

NOTA TÉCNICA N.º 208/09 - UAT/DST - AIDS/SVS/MS

Assunto: Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento.

1. A Instrução Normativa do Gabinete do Ministro nº. 1.626 de 10 de julho de 2007, regulamenta os procedimentos e conduta para abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testagem para HIV, bem como aos que não comparecerem ao tratamento já em curso, de forma a proteger o sigilo e confidencialidade do diagnóstico. O Artigo 7º prevê que para usuários em tratamento, a abordagem consentida deverá ser realizada logo após a falta à consulta.
2. As Recomendações de Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008 e as Diretrizes Nacionais para Fortalecimento da Adesão ao Tratamento definem que a responsabilidade pela adesão ao tratamento antirretroviral deve ser compartilhada entre a equipe de saúde e o paciente.
3. O abandono do tratamento é um desfecho que pode refletir a qualidade da atenção. A irregularidade no comparecimento às consultas, na retirada dos medicamentos e na realização dos exames de seguimento, bem como a detectabilidade da carga viral 6 meses após a introdução da TARV devem alertar o serviço sobre o risco de desmotivação para o tratamento e conseqüente abandono.
4. Orienta-se que os serviços ambulatoriais em HIV e aids implementem critérios de alerta de má adesão ao tratamento antirretroviral e de definição dos casos de abandono ao tratamento, com a finalidade de monitorar a adesão ao tratamento e realizar a abordagem consentida.
5. Recomenda-se que sejam considerados entre os critérios de **alerta de má adesão** ao tratamento antirretroviral, os usuários que não retirarem medicamento antirretroviral após 7 dias da data prevista para uma nova retirada ou faltarem às consultas médicas agendadas.
6. 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.

7. Os serviços que utilizam de forma consistente para as dispensações o SICLOM Operacional, poderão utilizar o relatório "Usuários SUS em atraso de dispensa", no gerenciador de relatórios, para auxiliar na identificação de usuários em casos de alerta de má adesão ou nos casos de abandono ao tratamento.

8. O alerta de má adesão e a definição de abandono devem servir para desencadear estratégias de abordagem consentida e prioridade de reestabelecimento do seguimento ambulatorial destes usuários.

Brasília, 13 de agosto de 2009.



Rachel Baccharini
Unidade de Assistência e Tratamento

Aprovo a nota técnica.
Em 17/08/09



Mariângela Batista Galvão Simão

ANEXO B - Ficha investigação/notificação AIDS (> 13 anos)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravo/doença AIDS | Código (CID10) B 24 | 3 Data da Notificação |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data do Diagnóstico | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | | 9 Data de Nascimento |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 8- Ignorado |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (anexo ginásio ou 1º grau) 5-Escola média incompleta (anexo colegial ou 2º grau) 6-Escola média completa (anexo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | |
| Dados de Residência | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | |
| | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | 27 CEP |
| | 28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | Dados Complementares do Caso | | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Ocupação | | | |
| | Provável modo de transmissão | | | |
| | 32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado | 33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado | | |
| | 34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | Use de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia | Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses | |
| | Informações sobre transfusão/acidente | | | |
| 35 Data da transfusão/acidente | 36 UF | 37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente | Código (IBGE) | |
| 38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente | | | Código | |
| 39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica | | | | |
| Dados do Laboratório | 40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado | | | |
| | <input type="checkbox"/> Teste de triagem Data da coleta: _____ | | <input type="checkbox"/> Teste confirmatório Data da coleta: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Teste rápido 1 Data da coleta: _____ | | <input type="checkbox"/> Teste rápido 2 Data da coleta: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Teste rápido 3 Data da coleta: _____ | | | | |

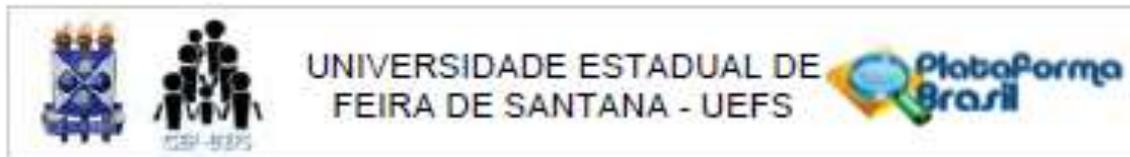
Aids em pacientes com 13 anos ou mais
Sinan NET
SVS
08/06/2006

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|-------------------------|
| Critérios de definição de casos de aids | 41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) | <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) | <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) | <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) | |
| | <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) | <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) | <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) | <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* *Excluída a tuberculose como causa | |
| | <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* | <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* | <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) | <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) | |
| | <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) | | | |
| | 42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | |
| <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo | <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago | <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão | <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) | <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês | <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês | <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada | <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês | <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva | |
| <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas | <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro | <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase | <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> | <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) | |
| <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral | <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³ | | | |
| 43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação | | | | 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> | |
| Trat. | 44 UF | 45 Município onde se realiza o tratamento | Código (IBGE) | 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento | Código |
| Evolução | 47 Evolução do caso | | | | 48 Data do Óbito |
| | 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | | | |
| Investigador | Nome | | | Função | |
| | Assinatura | | | | |
| Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sinan NET SVS 08/06/2006 | | | | | |

ANEXO C – FICHA INDIVIDUAL DO SAE

| | | |
|---|--|---------------|
|  | | |
| FICHA INDIVIDUAL | | |
| Registro: <input type="text"/> | Data de admissão: ___/___/___ | |
| I. Identificação: | | |
| Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____ | | |
| Data de Nascimento: ___/___/___ | Idade: _____ | |
| Sexo: _____ | Estado civil: _____ | |
| Escolaridade: _____ | Ocupação: _____ | |
| Cor: _____ | Naturalidade: _____ | |
| Pai: _____ Mãe: _____ | | |
| Endereço: _____ Telefone: _____ | | |
| Pessoa autorizada (telefone): _____ | | |
| II. Dados Epidemiológicos: | | |
| Transusão de sangue? () Sim () Não | Filho de pais soropositivos?(criança) | |
| Droga injetável? () Sim () Não | () Sim () Não | |
| Acidente perfurocortante? () Sim () Não | Nº de parceiros nos últimos 10 anos: _____ | |
| Hemofilia? () Sim () Não | Como se define sexualmente? | |
| Parceiro soro-positivo? () Sim () Não | () Bissexual () Homossexual | |
| Parceiro estável? () Sim () Não | () Heterossexual () Transexual | |
| Profissional do Sexo? () Sim () Não | () Travesti () Sem vida sexual ativa | |
| Usa preservativo? () Sim () Não | | |
| Co-morbidade: DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> | | |
| OUTROS <input type="checkbox"/> _____ | | |
| Informação do Parceiro: | | |
| 1. Bissexual () Sim () Não | 2. Transusão de sangue () Sim () Não | |
| 3. UDI () Sim () Não | 4. Hemofílico () Sim () Não | |
| Notificação: _____ | | |
| Início de TARV: _____ | | |
| Mudança de esquema: | | |
| Data: ___/___/___ | Esquema: _____ | Motivo: _____ |
| Data: ___/___/___ | Esquema: _____ | Motivo: _____ |
| Data: ___/___/___ | Esquema: _____ | Motivo: _____ |
| Data: ___/___/___ | Esquema: _____ | Motivo: _____ |
| CRM - Rua Germiniano Costa, s/n Centro - Centro de Saúde Especializada Dr. Leone Coelho Lêda Tel.: (75) 3824-5931 | | |

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao abandono do acompanhamento de crianças e adolescentes num serviço de assistência especializada em HIV/AIDS

Pesquisador: Letícia Falcão de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72242117.4.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.266.294

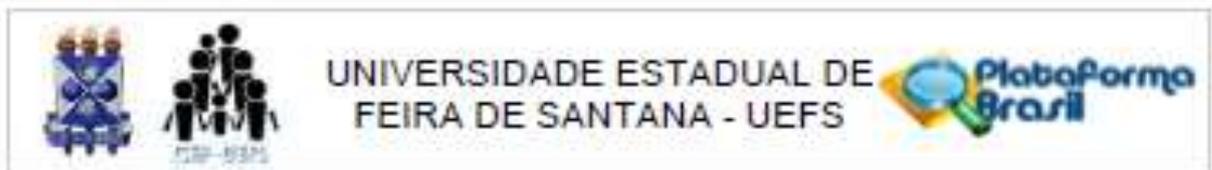
Apresentação do Projeto:

Fatores associados ao abandono do acompanhamento de crianças e adolescentes num serviço de assistência especializada em HIV/AIDS é um projeto de mestrado acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Letícia Falcão de Carvalho é a proponente e Carlos Alberto Lima da Silva é o orientador.

"Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com delineamento longitudinal, conduzido por meio de revisão de [120] prontuários clínicos de crianças e adolescentes matriculadas no Serviço de Atenção Especial – SAE do Centro de Referência Municipal/CRM de DST-HIV-AIDS de Feira de Santana, desde a sua implantação, período de 2003 a 2017" (Projeto completo, p. 25).

Serão realizados vários tratamentos estatísticos dos dados coletados, mantendo-se sigilo sobre as identidades das pessoas envolvidas. O principal objetivo é identificar fatores que levaram ao abandono do tratamento e correlacioná-los com outros fatores, tais como a escolaridade dos pais dos pacientes. Os resultados deste trabalho podem ajudar o SAE de Feira de Santana a ajustar procedimentos a fim de minimizar o abandono do tratamento. Trata-se de um projeto de relevância social, bem fundamentado e que apresentou ao CEP toda a documentação exigida.

Endereço: Avenida Transversal, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer 2.296.294

Apresenta cronograma com coleta de dados prevista para o período entre outubro e novembro de 2017 e orçamento estimado em R\$ 4.382,34, com a contrapartida a Universidade Estadual de Feira de Santana, que disponibiliza alguns recursos para a realização da pesquisa, incluindo recursos materiais e físicos.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Identificar o perfil de crianças e adolescentes soropositivas para o HIV e possíveis fatores relacionados ao abandono do atendimento clínico e disponibilização de antirretrovirais, no Serviço de Atenção Especializada – SAE, do Centro de Referência Municipal/CRM DST-HIV-AIDS de Feira de Santana -Bahia, no período 2003 a 2017" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 09).

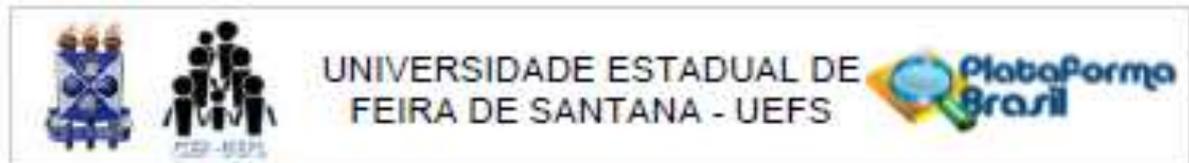
SECUNDÁRIOS: "• Traçar as características sociodemográfica e clínico-laboratorial de crianças e adolescentes soropositivas para HIV acompanhadas no SAE do Centro de Referência DST-HIV-AIDS de Feira de Santana; • Descrever possíveis fatores relacionados ao abandono do acompanhamento clínico e retirada de antirretrovirais no SAE, segundo faixa etária, na infância (<= 12 anos) e adolescência (13-19 anos), em dois momentos do acompanhamento no serviço (matrícula e atual); • Estimar a taxa de abandono do atendimento clínico e retirada de antirretrovirais entre essas crianças e adolescentes acompanhadas no SAE, segundo faixa etária, em dois momentos do acompanhamento no serviço (matrícula e atual); • Calcular a taxa de sobrevivência e elaborar respectivas curvas, para os grupos de crianças e adolescentes, a partir da matrícula ao serviço" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 09).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "A pesquisa não apresenta danos ou prejuízos aos participantes, e os danos previsíveis quanto aos documentos serão evitados. Quanto a estes danos, será garantido o cuidado com o manuseio, através de regras estabelecidas tais como: lugar reservado, não manusear alimentos ou líquidos durante a coleta, não retirar o prontuário da unidade assim como não alterar a ordem dos documentos nos prontuários ou mesmo retirá-los" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

BENEFÍCIOS: "Identificar estas características auxilia os profissionais a prevenir abandonos ou interrupções, situações que geram diversas consequências e repercussões na saúde deste grupo, para que assim possam ser criadas ações específicas, resolutivas e direcionadas" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: ccep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.200.204

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A revisão e análise dos dados constantes nos prontuários dos pacientes soropositivos atendidos pelo SAE de Feira de Santana, propostas neste projeto, são fundamentais para a criação de estratégias que podem minimizar o abandono do tratamento entre crianças e adolescentes de Feira de Santana. A não realização de entrevistas ou coleta de material biológico, por si, diminuem as possibilidades de não cumprimento das exigências no campo da ética. Os riscos de vazamento de informações relativa à identidade de pacientes ou danificação de documentos são mínimos, frente aos benefícios que podem surgir deste estudo. Não foi identificada nenhuma inconformidade com a resolução 466/12 ou com a norma operacional 1/2013 e toda a documentação exigida foi apresentada. Deste modo, sou de parecer favorável a aprovação do projeto por este comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12. Foram anexados os seguintes documentos:

- 1) Folha de rosto foi apresentada, assinada pelo coordenador do mestrado acadêmico, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho;
- 2) O termo de compromisso com a confidencialidade e cumprimento das normas da resolução 466/12 foi apresentado assinado pela proponente e por seu orientador;
- 3) A autorização para acesso e análise dos prontuários foi apresentada assinada, com carimbo, pela coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento do programa municipal para DST/HIV/AIDS, Vanessa Silva de Sampaio Marinho;
- 4) Projeto completo;
- 5) Cronograma, orçamento e metodologia estão adequados às necessidades do comitê de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

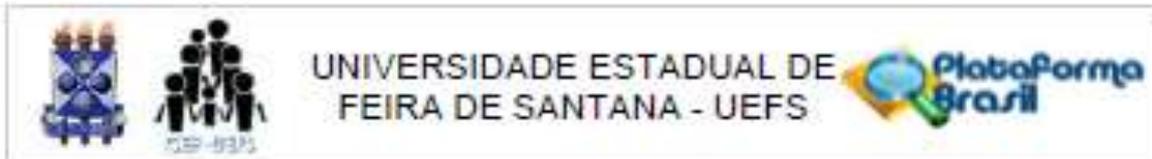
PROJETO APROVADO

O projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que

Endereço: Avenida Transoeste/na, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.296.294

conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_922716.pdf | 29/07/2017 18:24:06 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa.docx | 29/07/2017 18:23:40 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_pesquisador.pdf | 29/07/2017 18:22:41 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 28/07/2017 00:39:39 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 28/07/2017 00:37:05 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Outros | MODELO_DO_INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.doc | 20/05/2017 17:33:48 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Autorizacao_CTA.pdf | 17/05/2017 10:35:42 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |
| Orçamento | Orçamento.docx | 17/05/2017 10:31:59 | Letícia Falcão de Carvalho | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 11 de Setembro de 2017.

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br