

## Para além da busca ativa: motivações para retorno ao tratamento de HIV

*Beyond active search: motivations for returning to HIV treatment*

*Más allá de la búsqueda activa: motivaciones para volver al tratamiento del VIH*

Juliete Bispo dos Santos Mandu<sup>1</sup> ; Sonia Silva Marcon<sup>1</sup> ; Guilherme Oliveira de Arruda<sup>1</sup> ;  
Adriana Carla Garcia Negri<sup>1</sup> ; Ivair Moura de Souza<sup>1</sup> ; Elen Ferraz Teston<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil; <sup>2</sup>Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** apreender aspectos que influenciam no abandono do tratamento e que mobilizam a disposição para retomá-lo, na perspectiva de pessoas que vivem com HIV. **Método:** estudo qualitativo, realizado em um serviço ambulatorial, com dados coletados entre abril e agosto de 2021, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante consulta aos prontuários e entrevistas com 24 usuários, submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** os motivos para o abandono do tratamento referidos com maior frequência foram isolamento social imposto pela pandemia, dificuldade de acesso/locomoção até o serviço e efeitos colaterais dos medicamentos. O desejo de sentir-se saudável, desempenhar papéis sociais, cultivar laços familiares, reconhecer que já superou fases piores e o sentimento de mais valia após busca ativa, foram as motivações para retorno ao serviço. **Considerações finais:** os resultados apontam a importância do atendimento individualizado para conhecer as motivações de retorno ao tratamento as quais oferecem subsídios para o planejamento de ações de busca ativa. **Descritores:** HIV; Cuidados de Enfermagem; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Adesão à Medicação; Motivação.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify factors that influence the decision to abandon treatment or foster a willingness to resume it, from the perspective of persons living with HIV. **Method:** this qualitative study was carried out between April and August 2021 in an outpatient service, after approval by the research ethics committee. Data were collected by consulting medical records and interviewing 24 users, and were treated by content analysis. **Results:** reasons for abandoning treatment most frequently mentioned were the social isolation imposed by the pandemic, difficulty in accessing or commuting to the service, and the drugs' side effects. The motivations for returning to the service were the desire to feel healthy, play social roles, cultivate family ties, recognize that he has overcome worse phases and the feeling of added value after active search. **Final considerations:** the findings point to the importance of individualized care to understanding the motivations for returning to treatment, which can inform the planning of active search actions.

**Descriptors:** HIV; Nursing Care; Treatment Adherence and Compliance; Medication Adherence; Motivation.

### RESUMEN

**Objetivo:** comprender aspectos que influyen en el abandono del tratamiento y que movilizan la voluntad para retomarlo, en la perspectiva de las personas que viven con VIH. **Método:** estudio cualitativo, realizado en un servicio de consulta externa, con datos recolectados entre abril y agosto de 2021, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación, mediante consulta de historias clínicas y entrevistas con 24 usuarios, sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** los motivos de abandono del tratamiento mencionados más frecuentemente fueron el aislamiento social impuesto por la pandemia, la dificultad de acceso/traslado al trabajo y los efectos secundarios de los medicamentos. El deseo de sentirse saludable, desempeñar roles sociales, cultivar lazos familiares, entender que ha superado fases peores y la sensación de plusvalía luego de una búsqueda activa, fueron las motivaciones para volver al servicio. **Consideraciones finales:** los resultados apuntan hacia la importancia de la atención individualizada para comprender las motivaciones de retorno al tratamiento, que ofrecen subsidios para la planificación de acciones de búsqueda activa.

**Descriptores:** VIH; Atención de Enfermería; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Cumplimiento de Medicación; Motivación.

## INTRODUÇÃO

A América Latina é a terceira região global mais afetada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Porém, um quarto dos infectados não conhecem seu diagnóstico e 40% não têm acesso à terapia antirretroviral (TARV)<sup>1</sup>. No Brasil, em 2019, aproximadamente 920 mil pessoas viviam com HIV (PVHIV), sendo 821 mil (89%) diagnosticadas; 772 mil (84%) com vínculo com algum serviço de saúde e 682 mil (74%) vinculadas nos serviços, sendo a cobertura de TARV de 69% entre todos as PVHIV<sup>2</sup>. Ressalta-se que, em 2020, a região sudeste foi aquela com maior frequência de notificações de casos de infecção pelo HIV e, a com menor frequência, a Centro Oeste (9,8%)<sup>3</sup>.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.  
Autora correspondente: Juliete Bispo dos Santos Mandu. E-mail: [juliete-bispo@hotmail.com](mailto:juliete-bispo@hotmail.com)  
Editora Científica: Cristiane Helena Gal; Editor Associado: Antonio Marcos Tosoli Gomes

Com a finalidade de favorecer a assistência e o acompanhamento das PVHIV, foram desenvolvidas estratégias de ampliação do acesso ao teste rápido, para vinculação ao serviço de saúde, retenção e adesão ao tratamento. Para que isso ocorra, foi proposta a meta 95-95-95, que consiste em diagnosticar 95% das PVHIV, tratar 95% delas com medicamentos antirretrovirais e alcançar a supressão viral em 95% daquelas em tratamento até 2030<sup>4</sup>.

Ademais, foram desenvolvidos sistemas de informação que contribuiriam para o monitoramento dos cuidados prestados às PVHIV, como, por exemplo, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), que possibilita acompanhar a retirada da TARV<sup>5</sup>. Esse acompanhamento permite a identificação das pessoas que estão em abandono de tratamento - situação em que um usuário não retira os medicamentos antirretrovirais por no mínimo três meses após a data prevista e/ou não retorna às consultas no serviço de saúde em seis meses<sup>6</sup>.

Diversos fatores podem influenciar o abandono do tratamento pelas PVHIV, como, por exemplo, as barreiras existentes para a realização de cuidados à saúde, o medo da revelação indesejada do diagnóstico, longo período de espera nas unidades de saúde para retirada da medicação, efeitos colaterais, necessidade de acompanhamento laboratorial periódico e responsabilidade familiares e/ou sociais que inibem o comparecimento ao serviço de saúde<sup>7</sup>. Destacam-se, também, aspectos de cunho pessoal como baixo nível de escolaridade, desemprego, baixa renda, consumo de álcool, dieta alimentar deficiente, relações de expectativa de autoeficácia e falta de conhecimento sobre HIV<sup>7-10</sup>.

Embora a utilização da TARV conforme prescrito possa diminuir ou suprimir suficientemente a carga viral de um indivíduo, o que é essencial para manutenção da saúde das PVHIV<sup>11</sup>, estudo realizado no interior de São Paulo apontou uma taxa de adesão à TARV (62%)<sup>12</sup>. Por sua vez, estudo de coorte que avaliou a não adesão à TARV em serviços de referência em Pernambuco, encontrou taxa de adesão de 85,5%<sup>13</sup>.

Nesse cenário, práticas de cuidado com uma abordagem consentida visam reestabelecer o vínculo entre usuários e serviço de saúde e minimizar fatores limitantes para a adesão<sup>7</sup>. A busca ativa por meio de contato telefônico, constitui uma estratégia que possibilita a criação do vínculo entre a PVHIV e o serviço de saúde, sendo esse um método fácil e rápido que proporciona um contato direto de maneira menos invasiva<sup>7</sup>. O uso do telefone é apontado como uma forma de apoio às ações de cuidado às PVHIV, visto que contribui com a melhora da adesão à TARV e com a vinculação ao serviço de saúde<sup>14</sup>. Estudo realizado em uma clínica na África do Sul, que cuida de PVHIV na área rural, mostrou que o envio de mensagens de texto semanalmente ocasionou um efeito positivo na adesão à TARV<sup>15</sup>.

Frente a isso, questiona-se: Qual a percepção das PVHIV sobre o abandono de tratamento e suas consequências? Qual(ais) fatores podem motivar o retorno ao tratamento após busca ativa?

A fim de responder a estes questionamentos, o presente estudo teve como objetivo apreender aspectos que influenciam no abandono do tratamento e que mobilizam a disposição para retomá-lo, na perspectiva de pessoas que vivem com HIV.

## MÉTODO

Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um ambulatório de referência para doenças infecto parasitárias localizado em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil, seguindo as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)<sup>16</sup>.

O ambulatório em questão é um serviço de referência estadual para pessoas que convivem com HIV/Aids, hepatites virais e outras doenças infecciosas e parasitárias, que funciona como retaguarda para o ambulatório e enfermaria de infectologia de um Hospital Universitário. Conta com nove leitos de internação não convencionais (internação dia), o que permite avaliação diária e tratamento das PVHIV clinicamente estáveis. Tem média de atendimento de 60 pacientes por semana, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. Diariamente, são disponibilizadas, em média, 12 consultas médicas com infectologista. Atuam no serviço enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e acadêmicos voluntários da área da saúde (medicina, enfermagem).

Participaram do estudo PVHIV em abandono de tratamento, com 18 anos ou mais, identificadas a partir da relação obtida no SICLOM. Dentre as 1785 PVHIV cadastradas no serviço, 284 foram identificadas, a partir da consulta aos prontuários, nessa condição, sendo assim obtidos os contatos telefônicos. Durante a consulta aos prontuários, constatou-se que 41 PVHIV haviam falecido, 26 já haviam retomado o tratamento (SICLOM desatualizado), duas haviam utilizado a TARV como Profilaxia pré-exposição (PrEP), uma teve resultado de exame negativo e sete tinham registro duplicado.

Desse modo, foram considerados elegíveis 207 usuários, porém não foi possível fazer contato com 175 deles após pelo menos três tentativas em dias e horários distintos. Dos 32 usuários contactados dois não tiveram interesse em retomar o tratamento e quatro agendaram consulta conforme disponibilidade, mas não compareceram. Dos 26 usuários que compareceram à consulta de enfermagem, dois não aceitaram participar da pesquisa. Portanto, 24 usuários foram incluídos no estudo.

O contato telefônico para busca ativa e todas as outras atividades relacionadas com a coleta de dados foram realizadas em uma sala reservada do ambulatório, pela enfermeira pesquisadora principal do estudo, com experiência em coleta de dados qualitativos, que não possuía qualquer tipo de relação com os participantes. Durante o contato, confirmou-se se o indivíduo estava em abandono de tratamento e, em caso positivo, era realizada tentativa de sensibilizá-lo quanto à importância de retomá-lo, oferecendo a possibilidade de agendar uma consulta de enfermagem no ambulatório. Nesse retorno, além da consulta de enfermagem, também eram coletados exames laboratoriais para identificação da carga viral e Linfócitos TCD4+, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)<sup>17</sup>, que preconizam que estes exames sejam realizados de seis em seis meses. Os dados referentes aos exames laboratoriais (carga viral e linfócitos TCD4+) foram obtidos no laudo aids (sistema que consta os resultados de carga viral e Linfócitos TCD4+), considerando os últimos exames realizados antes do abandono de tratamento.

No final da consulta de enfermagem, também realizada pela pesquisadora principal, a PVHIV era informada sobre o estudo e convidada a participar do mesmo. Aqueles que aceitaram, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados no mesmo dia ou em outro conforme disponibilidade.

As entrevistas, do tipo semiestruturada, foram realizadas de abril a agosto de 2021, em sala reservada no próprio ambulatório, e tiveram duração média de 25 minutos, sendo audiogravadas. Foi utilizado um roteiro elaborado pelos autores com base no objetivo do estudo, constituído de duas partes. A primeira com a questão norteadora: *Conte-me quais foram os motivos que fizeram você retornar ao tratamento*. A segunda parte constituída por questões relativas às características sociodemográficas dos participantes, e algumas questões de apoio que incluíam as seguintes dimensões: fatores que influenciaram o abandono e o retorno ao tratamento, experiências satisfatórias/insatisfatórias com o serviço de saúde e a percepção sobre o abandono de tratamento. Antes de iniciar as entrevistas o instrumento de coleta de dados foi discutido e aprimorado no grupo de pesquisa responsável pela condução estudo.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas procedeu-se a análise de conteúdo, modalidade temática, que seguiu as três etapas propostas: a) pré-análise: na qual ocorreu a exploração do material, leitura flutuante e exaustiva das falas para identificação dos pontos fortes frente ao objetivo do estudo; b) exploração do material: etapa em que ocorreu a formulação de códigos, que simplificaram de forma objetiva os dados obtidos; c) por fim, na etapa de interpretação, as falas foram organizadas em duas categorias identificadas como: “Motivadores para o retorno ao tratamento” e Ambivalência frente ao tratamento de HIV” e em seguida procedeu-se as inferências, interpretação e discussão com a literatura vigente<sup>18</sup>.

O protocolo de estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição signatária. Para manter o sigilo quanto a identidade dos participantes, optou-se por denominá-los pelas letras M para masculino e F para feminino, seguida pela numeração correspondente à ordem cronológica da realização das entrevistas, o tempo de diagnóstico, e a quantidade de tempo de abandono de tratamento em dias. Exemplo: M1,5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono.

## RESULTADOS

Os 24 participantes do estudo tinham idades entre 23 e 63 anos, sendo 12 deles do sexo feminino. Com relação ao grau de instrução, sete possuíam no máximo ensino fundamental, 13 possuíam ensino médio e quatro, ensino superior. O tempo de diagnóstico variou entre dois e 23 anos (média=8,5 anos).

Na Figura 1, é apresentado o tempo de abandono do tratamento e os principais motivos exibidos pelos participantes para esta ocorrência. De forma complementar, também são apresentadas informações sobre exames laboratoriais que atestam as condições clínicas antes do abandono e no momento de retorno ao serviço.

Observa-se, a partir das informações apresentadas, que o tempo de abandono do tratamento variou de 114 a 1249 dias (média=334 dias) e que os motivos referidos com maior frequência foram o isolamento social imposto pela pandemia (n=8), a dificuldade de acesso/locomoção até o serviço (n=6) e os efeitos colaterais do medicamento (n=5).

Referente às condições clínicas, antes do abandono de tratamento metade dos participantes tinham carga viral indetectável ou menor que o limite mínimo, mas, por ocasião do retorno ao serviço, a maioria deles (n=20) apresentou aumento da carga viral e metade, redução grave de linfócitos (abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>).

Durante as entrevistas, a maioria dos participantes (n=18) relatou que já haviam experienciado a situação de abandono e retorno do tratamento e seis deles referiram que já haviam sido internados por piora no quadro de saúde.

Ainda, seis relataram que durante o período de abandono apresentaram algum sintoma preocupante, como perda de peso, dor de garganta, dor em membros inferiores, ganho de peso, fraqueza e cansaço.

Código	Tempo de abandono (em dias)	Motivo do abandono	Antes do abandono		No retorno ao serviço	
			C.V	TCD4+	C.V	TCD4+
E1	243	Efeitos Colaterais da medicação; ganho de peso.	1962	Moderado	45	Grave
E2	621	Dificuldade de acesso (locomoção) e vínculo com o serviço de saúde.	Indetectável	Não significativa	3875	Não significativa
E3	356	Pandemia; dificuldade de acesso (locomoção).	76	Não significativa	< L. mínimo	Não significativa
E4	356	Pandemia. Dificuldade de acesso (locomoção).	Indetectável	Moderado	10952	Avançado
E5	307	Pandemia.	45	Grave	48090	Grave
E6	384	Buscou na Bíblia e sentiu que foi curada.	Indetectável	Avançado	17469	Não significativa
E7	326	Depressão e ansiedade.	58157	Grave	95919	Grave
E8	119	Não aceita o diagnóstico.	1283	Não significativa	505	Não significativa
E9	114	Preguiça de ir ao serviço e não se importa com o diagnóstico.	Indetectável	Não significativa	21560	Não significativa
E10	1249	Vergonha de ir ao serviço de saúde.	116870	Grave	90407	Grave
E11	274	Pandemia.	Indetectável	Não significativa	369259	Grave
E12	148	Pandemia.	508	Não significativa	23177	Não significativa
E13	500	Desânimo, troca da medicação e horário.	4976	Moderado	95290	Avançado
E14	125	Efeitos colaterais da medicação; não aceita o diagnóstico.	Indetectável	Não significativa	1595	Não significativa
E15	391	Efeitos colaterais da medicação.	Indetectável	Avançado	Indetectável	Não significativa
E16	159	Pandemia; Dificuldade para agendar consulta.	< L. mínimo	Grave	25580	Grave
E17	327	Dificuldade de acesso (locomoção).	992	Avançado	2275	Avançado
E18	421	Dificuldade de acesso (locomoção).	< L. mínimo	Avançado	58963	Grave
E19	305	* Relata que tinha medicações em casa, por esse motivo não retornou ao serviço de saúde.	Indetectável	Não significativa	Indetectável	Não significativa
E20	182	*Pandemia. *Desânimo por ter que ir sozinha ao serviço de saúde.	< L. mínimo	Grave	< L. mínimo	Grave
E21	561	Trabalho.	725	Avançado	421158	Grave
E22	226	Efeitos colaterais da medicação; Desânimo após morte da esposa em 2000.	769	Grave	134171	Grave
E23	199	Trabalho; Pandemia.	< L. mínimo	Moderado	10736	Grave
E24	121	Efeito colateral da medicação- dificuldade para dormir.	576	Avançado	3855	Grave

**Fonte:** prontuário dos participantes. **Legenda:** C.V-Carga viral; PVHIV - pessoa vivendo com HIV; \*350-499 células/mm<sup>3</sup>; \*\* >500 células/mm<sup>3</sup>; \*\*\* < 200 células/mm<sup>3</sup>; \*\*\*\* 200-349 células/mm<sup>3</sup>

**FIGURA 1:** Características clínicas/marcadores biológicos dos participantes da pesquisa antes e após o abandono do tratamento e os motivos que levaram ao abandono. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

As duas categorias que emergiram da análise dos dados serão apresentadas a seguir.

### Motivadores para o retorno ao tratamento

Para os entrevistados, realizar o tratamento tem propósitos significativos e diretamente atrelados às suas vidas, como a sensação de estar e se sentir bem, a possibilidade conhecer melhor qual é o seu estado de saúde e de viver melhor, a possibilidade de cumprir compromissos cotidianos e desempenhar papéis sociais, bem como, de cultivar laços familiares, conforme observa-se na Figura 2.

Eixo temático	Relatos
Desejo de viver e se sentir bem	<p><i>O que me motiva a retornar o tratamento é ficar bem. Igual hoje eu falei quando estava vindo “hoje eu vou lá, vou tomar o medicamento, vou fazer tudo certinho para poder viajar” (risos). Porque eu quero sair, estar bem, porque eu viajo a serviço, mas eu sei que minha saúde não está 100% hoje. (M1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)</i></p> <p><i>O interesse de saber como está minha saúde, meu organismo depois de meses sem tomar medicação porque eu estava com linfócitos TCD4 normal, bom, antes a carga viral estava indetectável. Então saber como eu estou e retomar, ter vida saudável. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)</i></p> <p><i>[...] a gente precisa ficar bem e para isso a gente precisa fazer o tratamento mesmo não sendo fácil, mesmo sem querer estar aqui, a gente faz um esforço muito grande para se sentir norma, a gente precisa achar alguma maneira de continuar o tratamento. (M16, 21 anos de diagnóstico, 159 dias de abandono)</i></p> <p><i>O tratamento é o único caminho para mim, sem tomar o coquetel é como se fosse uma vela acesa queimando e quando chega no final ela apaga. Então eu tinha a consciência que essa doença vai te minando, sua imunidade vai baixando, se a vela fosse pequena eu ia viver até um certo ponto. Minha motivação é viver, eu gosto de viver, gosto da vida. (M22, 23 anos de diagnóstico, 226 dias de abandono)</i></p>
Preocupação com a família	<p><i>Ele (meu filho) é a motivação para eu retornar o tratamento. Se eu ficar doente ou ser internada, quem vai cuidar? Mãe é mãe, igual eu ninguém vai cuidar. (F15, 5 anos de diagnóstico, 391 dias de abandono)</i></p> <p><i>Da outra vez foi porque eu fiquei doente, senão eu não teria vindo. Agora foi pelo meu filho, eu vejo que cada vez ele está ficando mais sozinho, só tem eu, minha mãe e minha irmã. (F11, 18 anos de diagnóstico, 274 dias de abandono)</i></p> <p><i>Minha filha mais velha que me motiva muito, ela fala muito “A senhora não tem culpa de estar com isso, mas tem que fazer, pensa em nós, em mim e nos meus dois irmãos”. (F21, 3 anos de diagnóstico, 561 dias de abandono)</i></p>
Acreditar que poderá superar novamente	<p><i>E hoje eu penso, a pior fase eu superei, por que não agora? Agora eu tomo só dois comprimidos por dia. Mesmo que mude agora porque eu parei, não vai ser o mesmo remédio, mesmo esquema. (M1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)</i></p>
Sentir-se acolhido e cuidado – a busca ativa faz diferença	<p><i>Sabe quando você se sente assim que alguém se preocupa com você, acolhido. Eu fiquei muito feliz, eu nunca imaginava que iriam me ligar. E você sente conforto, aquela segurança na voz da pessoa, mesmo sem conhecer a pessoa. Ai eu falei assim “eu vou lá dar um jeito na minha vida, porque alguém está querendo cuidar de mim ainda.” (risos) (M1, 5 anos de diagnóstico, 243 dias de abandono)</i></p> <p><i>Eu não esperava que o hospital fosse entrar em contato comigo. Então quando você me ligou eu achei bacana pelo cuidado, por mais que cabe a nós pacientes ter esse cuidado, mesmo eu tendo abandonado, o hospital ter ido atrás e querer saber, eu achei interessante. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)</i></p> <p><i>O contato consegue deixar a gente mais próximos, a gente se sente acolhido ao ver que tem alguém pensando sobre a sua saúde [...] ter essa proximidade. Tudo isso deixa bem diferente [...] esse processo do contato humano faz total diferença [...] e eu me senti muito à vontade e foi por isso que eu voltei. (M16, 9 anos de diagnóstico, 159 dias de abandono)</i></p>

FIGURA 2: Eixos temáticos e relatos dos participantes da pesquisa que originaram a categoria 1. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

### Ambivalência frente ao tratamento de HIV

Observa-se nos relatos apresentados na Figura 3 que os participantes do estudo apresentam uma ambivalência em relação ao tratamento de HIV, configurada de um lado pela consciência sobre a necessidade de seguir o tratamento proposto. Nesse sentido, inclusive fazem recomendações sobre a importância do mesmo. Por outro lado, apresentam resistência em aderir adequadamente ao tratamento

Eixo temático	Relatos
Importância do não abandono de tratamento e recomendações para outras PVHIV	<p><i>Eu queria falar para as outras PVHIV que façam o tratamento certinho, tomem o remédio, porque muitas vezes você abandona e depois volta com muitos problemas. Para ter uma vida saudável tem que tomar. (F6, 12 anos de diagnóstico, 384 dias de abandono)</i></p> <p><i>Que não façam a burrada de abandonar (risos). Já vi muita gente que ficou 6 meses sem tomar e voltou para casa um trapo, mulambo. É burrice mesmo abandonar, eu abandonei. (M18, 21 anos de diagnóstico, 421 dias de abandono)</i></p> <p><i>Que não abandone como eu fiz, não abandone porque o estágio final é feio, [...] é doloroso demais e se a gente cuidar tem uma vida inteira pela frente. (F14, 2 anos de diagnóstico, 125 dias de abandono)</i></p> <p><i>A única mensagem é: não deixe de fazer o tratamento, porque é uma boa para gente, é uma boa para a sociedade que você vai estar ajudando a não transmitir a doença, ter uma vida normal, não muda nada. A única coisa que muda, é você saber que tem que conviver com o vírus. (M5, 2 anos de diagnóstico, 307 dias de abandono)</i></p>

FIGURA 3: Eixo temático e relatos que originaram a categoria 2. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

### DISCUSSÃO

Embora o tempo de abandono do tratamento para alguns participantes, conforme apontado por eles mesmos, possa ter alguma relação com o momento pandêmico vivenciado durante o período de coleta de dados, não se pode deixar de considerar que, sobretudo para os cinco com mais de um ano de abandono a causa referida por três deles esteve relacionada com a dificuldade de acesso ao serviço.

Essa problemática já tem sido apontada em outros estudos, que constataram a dificuldade de marcar consultas, exames e acesso a medicamentos (problema de gestão)<sup>8-10</sup>. Frente a esses desafios assistenciais, destaca-se a importância do menor intervalo de tempo entre as consultas, a realização de visita domiciliar pela equipe da Estratégia Saúde da Família e boa relação entre os profissionais do serviço de saúde e usuários<sup>9</sup>. Ademais, acredita-se que estratégias assistenciais que possibilitem ao usuário alternar o acompanhamento entre o serviço especializado (para consultas e exames específicos) e a Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência (para acompanhamento habitual e retirada de medicamentos), mediada por ações de referência e contra referência, podem influenciar positivamente na adesão ao tratamento.

Outros aspectos relatados pelos participantes deste estudo como motivos para o abandono do tratamento também já foram levantados em outros estudos. A literatura aponta que eles podem ser de ordem pessoal, quando envolve sentimento de medo, vergonha, ausência de uma rede de apoio, não aceitação do diagnóstico e depressão<sup>19-21</sup>; e relacionados às características do tratamento como os efeitos colaterais das medicações, excesso de comprimidos ingeridos por dia e dificuldade de vinculação com o serviço de saúde. Ademais, fatores sociais e econômicos, como o estigma ainda existente em relação à PVHIV<sup>7</sup>, a falta de recursos e a dificuldade de locomoção, também constituem barreiras para o acesso ao serviço de saúde<sup>22</sup>.

Os reflexos do abandono do tratamento na saúde podem ser identificados quando se compara os valores / resultados dos exames laboratoriais antes do abandono e no momento de retorno ao serviço, visto que o aumento nos níveis de carga viral e a piora do estado imunológico dos participantes, mostra que a maioria deles está com seu sistema imunológico comprometido. Isso porque, quando a contagem de linfócito TCD4+ está entre 200 e 500 células/mm<sup>3</sup> o indivíduo fica suscetível a doenças como por exemplo a pneumonia pneumocócica, tuberculose pulmonar, herpes zoster, candidíase orofaríngea e sarcoma de Kaposi. Abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, estão suscetíveis a doenças oportunistas, como pneumocistose e a toxoplasmose. Com contagens críticas, abaixo de 100 células/mm<sup>3</sup>, podem ocorrer toxoplasmose e criptococose, que podem levar ao óbito, devido ao comprometimento da resposta imune contra os microrganismos<sup>23,24</sup>.

O propósito do tratamento, portanto, é melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico. Desta maneira, a TARV deve ser iniciada independentemente da contagem de linfócitos TCD4+ na perspectiva de romper a cadeia de transmissão<sup>25</sup>.

Dentre os motivos que mobilizaram os participantes a demonstrarem interesse em novamente aderir à TARV foram referidos: necessidade de estar e se sentir bem, a possibilidade de conhecer melhor qual é o seu estado de saúde e de viver melhor, de cumprir compromissos cotidianos e desempenhar papéis sociais, bem como, de cultivar laços familiares. Esses resultados corroboram os de estudo realizado em Malawi, com PVHIV que retornaram ao tratamento dentro de 60 dias, o qual apontou que a motivação para o retorno foi o desejo de preservar sua saúde. No entanto, em muitos dos casos, os entrevistados, também relataram ter sido influenciados pela preocupação com a família e o medo da doença. Destaca-se que nestes casos também contaram com o apoio social de familiares<sup>26</sup>.

Destarte, o apoio da família seja para a adesão à TARV ou para o retorno ao tratamento após o abandono constitui fator fundamental. Isso porque, a rede de apoio pode minimizar os impactos causados pela doença e possibilitar uma compreensão ampliada em relação aos medos e anseios que o indivíduo está enfrentando. Estudo realizado em Kampala, Uganda, com jovens que vivem com HIV, revelou que a relação com a família e por vezes com outros jovens que experienciam a mesma condição de saúde, concebe uma importante rede de apoio na adesão à TARV<sup>27</sup>.

Os participantes também destacaram que o fato de terem superado a fase inicial de (com)vivência com o diagnóstico, considerada por vezes como a pior – em especial por acarretar uma série de temores como o julgamento social e o estigma –, também pode favorecer a disposição para realização do tratamento. Estudos mostram que superar o tratamento inicial é transformar a situação, principalmente a fase do diagnóstico, e apontam que o primeiro ano de tratamento é o que apresenta a maior taxa de abandono, devido aos efeitos colaterais, dificuldade de aceitação, problemas com o sigilo do diagnóstico, preconceito, discriminação, falta de rede de apoio, e inquietudes sobre a vida financeira<sup>28,29</sup>.

Destaca-se que os relatos dos participantes permitem identificar o quanto o telefonema para a busca ativa colaborou para o sentimento de mais valia, o que certamente favoreceu a disposição e mobilização em querer voltar ao serviço.

Dedde modo, com a finalidade de reduzir as taxas de abandono, favorecer a adesão e retenção ao tratamento e melhorar o cuidado das PVHIV, diferentes estratégias podem ser utilizadas pelos profissionais da saúde. Por exemplo, estudo realizado em Uganda junto a PVHIV mostrou que a utilização de mensagens de texto e ligação como meio de educação em saúde levaram a maior adesão à medicação, fortalecimento de vínculo com os profissionais e o aumento do conhecimento sobre o cuidado com a saúde<sup>30</sup>.

Nesta mesma direção, estudo realizado em Fortaleza-CE, Brasil, junto a PVHIV que possuíam acesso à internet e ao *WhatsApp* mostrou que a troca de mensagens em tempo real possibilitou o esclarecimento de dúvidas com os profissionais de saúde. Ademais, as PVHIV referiram a importância das mensagens como lembrete para a realização dos cuidados com a saúde e como uma forma de estímulo para permanecerem no tratamento<sup>31</sup>.

Nesse contexto, a estratégia de busca ativa, seja ela por ligação ou mensagens de textos, tem como propósito a criação e manutenção de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, a identificação da atual situação de saúde e a obtenção de informações necessárias para subsidiar a implementação de intervenções que favoreçam a vinculação, retenção e adesão ao tratamento<sup>32</sup>. Cabe salientar que a comunicação gera confiança, liberdade e vínculo, elementos fundamentais para que o paciente se sinta acolhido e exponha seus medos e anseios.

Estudo realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado da Paraíba, Brasil, apontou que o cuidado a indivíduos com condições crônicas requer ações individualizadas de longo prazo, e para que isso ocorra, é preciso otimizar estratégias de busca ativa como as visitas domiciliares, por possibilitarem um diálogo e conhecimento da realidade do paciente e de sua família<sup>33</sup>. Ademais, ações de educação em saúde e prevenção de agravos in loco oportuniza a identificação de fatores de risco e a elaboração de estratégias de enfrentamento que favorecem a manutenção do tratamento<sup>34</sup>.

Contudo, estudo realizado no Rio de Janeiro com profissionais e PVHIV em abandono de tratamento, mostrou que a busca ativa não é uma prática frequente nos serviços de saúde<sup>35</sup> mesmo sendo uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil,<sup>36</sup> para outras condições, como por exemplo a tuberculose.

Quando indagados sobre a necessidade do tratamento, os participantes do presente estudo, por vezes demonstraram ambivalência, pois embora o tenham abandonado, ao retornarem no serviço, demonstram reconhecer a importância do uso da TARV para manutenção da saúde e qualidade de vida. Além disso, referiram que mesmo com as inúmeras modificações na rotina que o tratamento do HIV ocasiona, a adesão é o melhor método para viver com menores danos, inclusive recomendam isso a outras PVHIV.

Em Salvador, BA, pesquisa com mulheres privadas de liberdade e que tinham HIV, revelou que elas reconheciam a necessidade da adesão ao tratamento, mas enfrentavam algumas barreiras como o sentimento de medo de revelar o diagnóstico e sofrer preconceito no ambiente que estavam inseridas<sup>37</sup>.

Do mesmo modo, os relatos dos participantes da pesquisa permitem inferir que eles entendem a importância do tratamento e do acompanhamento, para que se tenha qualidade de vida. No entanto, não se pode deixar de considerar que existem fatores essenciais para um planejamento adequado de ações a serem implementadas ao longo dos anos, com vistas a um cuidado contínuo. Contudo, salienta-se que conhecer os fatores relacionados com o abandono do tratamento e as estratégias empregadas para resgatar as PVHIV em abandono evidencia a necessidade de articulação intersetorial<sup>38</sup>, e acima de tudo, disposição e compromisso por parte dos profissionais envolvidos.

### Limitações do estudo

Como limitação do estudo pode ser apontada a impossibilidade de contato com a maioria das PVHIV identificadas como em abandono do tratamento, devido a desatualização no número de telefone registrado em prontuário, prejudicando potenciais generalizações dos resultados. Este fato aponta que, para uma melhor compreensão dos motivos que levam as PVHIV a abandonarem o tratamento se faz necessário a adoção de outras estratégias associadas ao contato telefônico.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram apreender que, na perspectiva de PVHIV, os principais motivos para o abandono do tratamento foram o isolamento social imposto pela pandemia, a dificuldade de acesso/locomoção até o serviço e os efeitos colaterais dos medicamentos.

Dentre os aspectos que, para além da busca ativa, mobilizaram sua disposição para retorno ao serviço, foram destacados a sensação de estar e se sentir bem, a possibilidade conhecer melhor qual é o seu estado de saúde e de viver melhor, a possibilidade de cumprir compromissos cotidianos e desempenhar papéis sociais, bem como, de cultivar laços familiares e também o fato de reconhecerem que já superaram fases piores.

Esses aspectos podem contribuir para qualificar o cuidado oferecido às PVHIV em situação de abandono de tratamento, uma vez que a adesão ao tratamento de condições crônicas, tal como a infecção pelo HIV, segue como um desafio importante para os profissionais de saúde.

Devem ser considerados na abordagem dessa população, não só no início do tratamento, mas também em todas suas interações com os profissionais de saúde, sobretudo nos serviços especializados. Do mesmo modo, é importante que em suas interações com as PVHIV os profissionais reconheçam e não banalizem a ambivalência de sentimentos em relação ao tratamento do HIV. É relevante um atendimento individualizado, que permita conhecer a realidade e experiências vivenciadas pela PVHIV não só em relação ao tratamento, mas também em seu contexto de vida.

Neste sentido, é fundamental que os serviços de saúde conheçam os motivos que levam as PVHIV cadastradas a abandonarem o tratamento e também aqueles que podem estimulá-las a retomá-lo. Para isso, sugere-se o uso de estratégias tal como a busca ativa por telefone que, além de representar baixo custo e facilidade de implementação na rotina do serviço, é acessível, rápida e eficaz no restabelecimento, manutenção e fortalecimento do vínculo, assim como no resgate de PVHIV que não estão frequentando o serviço de saúde ou aderindo ao tratamento proposto.

Esta estratégia também possibilita apreender a situação atual do indivíduo e, quando necessário, intervir de modo a minimizar os casos de não adesão / abandono de tratamento. Para tanto, se faz necessário que, em sua implementação, o foco seja a PVHIV, considerando toda sua singularidade e condição de saúde e que aspectos éticos sejam respeitados, de modo que os direitos do indivíduo, enquanto cidadão, não sejam violados.

### REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Relatório global do UNAIDS. 2020 [cited 2021 Dec 22]. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_global-aids-report\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).
2. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020. 2021 [cited 2022 Dec 11]; 113 p. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_monitoramento\\_clinico\\_hiv\\_2020.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2020.pdf).
3. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. HIV Aids Bol Epidemiológico. 2021 [cited 2021 Jan 11]; 72 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>.
4. UNAIDS. Fast-Track—Ending the AIDS epidemic by 2030. 2014 [cited 2021 Jan 11]. Available from: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report).

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília. 2018 [cited 2021 Dec 21]. p.412. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota técnica N°. 208/09. 2009 [cited 2021 Dec 27]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>.
7. Liao B, Zhang X, Wang J, Liu J, Liang J, He W, et al. Analysis of factors associated with dropping-out from HIV antiretroviral therapy in Kunming City, China. *BMC Infect Dis*. 2019 [cited 2022 Dec 19]; 19:1043. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4658-z>.
8. Cabral JR, Cabral LR, Moraes DCA, Oliveira ES, Freire DF, Silva FP, et al. actors associated with self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy in people with hiv: cognitive social theory. *Ciênc. cuid. saúde*. 2021 [cited 2022 Dec 19]; 20:e58781. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58781>.
9. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FRO. Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: an integrative review of literature. *Ciênc Saúde Colet*. 2019 [cited 2022 Dec 19]; 24(7):2543-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>.
10. Seidl, EMF, Remor E. Treatment adherence, resilience and illness perception in people with HIV. *Psicol teor pesqui*. 2020 [cited 2022 Dec 16]; 36:e36nspe6. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>.
11. Feldman MB, Tran TT, Boucher LM, Abdelqader F, Raker AR, Hile SJ. A process and impact evaluation of a peer-led HIV self-management program. *Eval Program Plann*. 2022 [cited 2022 Dec 17]; 96:102175. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102175>.
12. Bomfim, IGO, Santos SS, Napoleão AA. Adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study. *AIDS Patient Care STDS*. 2022 [cited 2022 Dec 18]; 36(7): 278-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0212170919>.
13. Fonseca Lima RA, Miranda-Filho DB, Montarroyos UR, Cavalcanti ATAE, Ximenes RAA. Adherence to antiretroviral therapy and factors associated with non-adherence: a cohort study at two referral services in Brazil. *AIDS Care*. 2022 [cited 2022 Dec 20]; 31:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2029814>.
14. Santos VF, Costa AKB, Lima ICV, Alexandre HO, Gir E, Galvão MTG. Use of the telephone for accessing people living with HIV/AIDS to antiretroviral therapy: systematic review. *Ciênc Saúde Colet*. 2019 [cited 2021 Dec 29]; 24(9):3407-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31112017>.
15. Georgette N, Siedner MJ, Petty CR, Zaroni BC, Carpenter S, Haberer JE. Impact of a clinical program using weekly Short Message Service (SMS) on antiretroviral therapy adherence support in South Africa: a retrospective cohort study. *BMC med inform decis mak*. 2017 [cited 2022 Jan 10]; 17(1):18. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12911-017-0413-9>.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 [cited 2022 Jan 03]; 19(suppl 6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
17. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020. HIV Aids Bol Epidemiológico. 2020 [cited 2021 Dec 08]; 68p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.
18. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.
19. Goulart S, Meirelles BHS, Costa VT, Pflieger G, Silva LM. Adherence to antiretroviral therapy in adults with HIV/Aids treated at a reference service. *Rev min enferm*. 2018 [cited 2021 Dec 04]; 22:e-1127. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180050>.
20. Brunetta BF, Miguel RL, Raitz A, Quadros RMQ. Adherence of HIV-infected individuals to antiretroviral therapy in a municipality in southern Brazil: a challenge for health professionals. *Clin biomed res*. 2019 [cited 2021 Dec 04]; 39(2):140-3. DOI: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.86243>.
21. Cabral JR, Moraes DCA, Cabral LR, Corrêa CA, Oliveira ECS, Oliveira RC. Adherence to antiretroviral therapy and the association in the use of alcohol and psychoactive substances. *Enferm glob*. 2018 [cited 2021 Dec 22]; 17(52):25-35. Available from: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/en\\_1695-6141-eg-17-52-1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/en_1695-6141-eg-17-52-1.pdf).
22. Mello CJFA, Amaral JCS, Costa MS, Cavalcante MNM, Rêgo NMS, Silva LMR, et al. Antiretroviral Therapy: main causes of abandonment in the state of Amapá. *REAS/EJCH*. 2020 [cited 2021 Dec 02]; 12(8):e3423. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3423.2020>.
23. Setianingrum F, Rautemaa-Richardson R, Denning DW. Pulmonary cryptococcosis: a review of pathobiology and clinical aspects. *Med Mycol*. 2019 [cited 2021 Dec 15]; 57(2):133-50. DOI: <https://doi.org/10.1093/mmy/myy086>.
24. Souza HC, Passos XS, Camplesi Júnior M., Silva AMTC., Oliveira AKS, Marques LOR, et al. Counting of TCD4+ lymphocyte and viral load in HIV+ patients in reference laboratory. *Rev bras mil cienc*. 2020 [cited 2021 Dec 17]; 6(15):73-8. DOI: <https://doi.org/10.36414/rbmc.v6i15.50>.
25. Bermúdez XPD. Trajetórias e horizontes da epidemia de aids no Brasil. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde- Organização Mundial da Saúde no Brasil. 2018. [cited 2021 Dec 23]; p. 188-202. Available from: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/09.pdf>.
26. Chamberlin S, Mphande M, Phiri K., Kalande P, Dovel K. How HIV clients find their way back to the ART clinic: a qualitative study of disengagement and re-engagement with HIV care in Malawi. *AIDS behave*. 2022 [cited 2021 Dec 23]; 26(3):674-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03427-1>.

27. MacCarthy S, Saya U, Samba C, Birungi J, Okoboi S, Linnemayr S. “How am I going to live?”: exploring barriers to ART adherence among adolescents and young adults living with HIV in Uganda. *BMC Public Health*. 2018 [cited 2022 Dec 20]; 18:1158. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6048-7>.
28. Costa MAR, Teston EF, Spigolon DN, Dias LO, Soares CC. Qualidade de Vida sob a Ótica de Portadores de Hiv/Aids: Perspectivas Futuras nas Práticas Educativas. *Rev Fund Care*. 2019 [cited 2021 Nov 26]; 11(5):1326-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1326-1332>.
29. Van der Kop ML, Muhula S, Nagide PI, Thabane L, Gelmon L, Awiti PO. Effect of an interactive text-messaging service on patient retention during the first year of HIV care in Kenya (WeTel Retain): an open-label, randomised parallel-group study. *Lancet Public Health*. 2018 [cited 2022 Dec 19]; 3: e143–52. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30239-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30239-6).
30. Twimukye A, Naggirinya AB, Parkes-Ratanshi R, Kasirye R, Kiragga A, Castelnuovo B, et al. Acceptability of a Mobile Phone Support Tool (Call for Life Uganda) for promoting adherence to antiretroviral therapy among young adults in a randomized controlled trial: exploratory qualitative study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021[cited 2021 Dec 15]; 9(6):e17418. DOI: <https://doi.org/10.2196/17418>.
31. Lima ICV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Farias OO, Silva CAC, Cunha GH. Instant messaging application for the care of people living with HIV/aids. *Rev bras enferm*. 2019 [cited 2021 Dec 10]; 72(5):1161-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0698>.
32. Umeokonkwo CD, Onoka CA, Agu PA, Ossai EM, Balogun MS, Ogbonnaya LU. Retention in care and adherence to HIV and AIDS treatment in Anambra State Nigeria. *BMC infect dis*. 2019 [cited 2021 Dec 12]; 19:654. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4293-8>.
33. Fernandes LTB, Nóbrega VM, Sales MLXF, Reichert APS, Moura FM, Collet N. Supported self-care actions for children and teenagers with chronic diseases. *Texto - contexto enferm*. 2019 [cited 2021 Dec 21]; 28:e20180325. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0325>.
34. Silva SO, Machado LM, Schimith MD, Silva LMC, Silveira VN, Bastos AC. Nursing consultation for people with diabetes mellitus: experience with an active methodology. *Rev bras enferm*. 2018 [cited 2021 Dec 11]; 71(6):3103-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-061>.
35. Rodrigues M, Maksud I. Abandonment of treatment: therapeutic itineraries of HIV/Aids patients. *Saúde debate*. 2017 [cited 2021 Nov 28]; 41(113):526-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711314>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] Brasília. 2018 [cited 2021 Dec 11]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_integracao\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude\\_modulo\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf).
37. Silva Dos Santos DS, Ferreira Bispo TC, da Silva Meneses EJ. Mulheres encarceradas com soropositividade para HIV: percepção sobre a adesão ao tratamento. *Rev brasil saude Fund*. 2017 [cited 2021 Dec 20]; 1(1):22. Available from: <https://seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/883>.
38. Lopes LM, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Nemes MIB, Ruffino Netto A, et al. Vulnerability factors associated with HIV/AIDS hospitalizations: a case-control study. *Rev bras enferm*. 2020 [cited 2022 Jan 11]; 73(3):e20180979. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0979>.