

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: DO ABANDONO DO TRATAMENTO À MOTIVAÇÃO PARA A RETOMADA

Recebido em: 18/09/2023

Aceito em: 20/10/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i10.2023-011

Viviane Michele do Amaral<sup>1</sup>  
Gabrielle Silva dos Santos<sup>2</sup>  
João Vitor da Silva Nascimento<sup>3</sup>  
Renata Pires de Arruda Faggion<sup>4</sup>  
Flávia Meneguetti Pierri<sup>5</sup>  
Ieda Harumi Higarashi<sup>6</sup>  
Juliana Helena Montezelli<sup>7</sup>  
Gilselena Kerbauy<sup>8</sup>

**RESUMO:** Introdução: O uso contínuo da terapia antirretroviral é eficiente para interromper a replicação viral causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana impedindo o comprometimento do sistema imunológico e o aparecimento das infecções oportunistas. Estima-se que em 2021, 10,2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV não se beneficiaram com o uso dos antirretrovirais em todo o mundo. No mesmo ano esse indicador atingiu 333 mil pessoas, e na esfera municipal de Londrina, 288 pessoas vivendo com HIV encontravam-se em abandono do tratamento. Objetivo: Aprender as representações sociais de pessoas vivendo com HIV acerca do abandono do tratamento e a motivação para a retomada. Percurso metodológico: Trata-se de um estudo qualitativo pautado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. O cenário foi um Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids localizado na região Sul do Brasil. A população foi composta por 288 pessoas diagnosticadas com HIV em abandono do tratamento por período superior a 100 dias. Destas, 250 foram excluídas em função de critérios relacionados a informações cadastrais incompletas ou equivocadas, e aspectos impeditivos do comparecimento ao serviço e de contato. Outras 18 pessoas foram consideradas perdas por desistência. A amostra foi composta por 20 pessoas que se enquadraram aos critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo. A coleta das informações ocorreu entre junho de 2021 e junho de 2022 em entrevistas semiestruturadas

<sup>1</sup> Mestra em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [vivicampanini@hotmail.com](mailto:vivicampanini@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0497-1272>

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [gabrossim@gmail.com](mailto:gabrossim@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2736-6243>

<sup>3</sup> Graduado em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [joao.enfuel2021@gmail.com](mailto:joao.enfuel2021@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2289-7205>

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [renatafaijon@hotmail.com](mailto:renatafaijon@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6596-4693>

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [fpieri@uel.br](mailto:fpieri@uel.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1239-2550>

<sup>6</sup> Doutora em Educação. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: [ieda1618@gmail.com](mailto:ieda1618@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [jhmontezeli@uel.br](mailto:jhmontezeli@uel.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4522-9426>

<sup>8</sup> Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL).

E-mail: [gilselena@hotmail.com](mailto:gilselena@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1737-4282>

audiogravadas e transcritas na íntegra. Para análise das falas foi utilizado o discurso do sujeito coletivo. Resultados: Participaram do estudo 20 pessoas vivendo com HIV, sendo 12 homens e oito mulheres, com idade entre 27 e 55 anos. O tempo de abandono variou entre 210 e 1580 dias. A análise das entrevistas permitiu a emergência de 18 ideias centrais e duas ancoragens, as quais foram agrupadas em quatro grandes temas: 1) Abandono do tratamento por questões intrínsecas à pessoa vivendo com HIV; 2) Abandono do tratamento por questões ligadas à terapia medicamentosa; 3) Abandono do tratamento por dogmas sociais; 4) Forças propulsoras para a retomada do tratamento. Considerações finais: A análise qualitativa das representações sociais das pessoas vivendo com HIV indicou que o abandono da terapia antirretroviral é multifatorial, e envolve questões socioculturais, geográficas, familiares e biológicas. É essencial considerar todas as questões que permeiam e impactam as vidas das pessoas vivendo com HIV em abandono do tratamento para além das questões biológicas, viabilizando a implementação de ações que contribuam para a efetividade das políticas públicas de saúde no intuito de estimular a adesão e encorajar a retomada ao tratamento. Almeja-se que esta investigação possa despertar para as questões subjetivas ao universo da pessoa que vive com HIV e estas respeitadas na prática humanizada, voltadas ao incentivo do tratamento contínuo para controle da infecção e promoção da qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Representações Sociais; Terapia Antirretroviral; Abandono do Autocuidado; Não Adesão ao Medicamento; Enfermagem.

### **SOCIAL REPRESENTATIONS OF PEOPLE LIVING WITH HIV: FROM TREATMENT ABANDONMENT TO MOTIVATION FOR RESUMING**

**ABSTRACT:** Introduction: The continuous use of antiretroviral therapy is efficient to interrupt viral replication caused by the Human Immunodeficiency Virus, preventing the compromise of the immune system and the appearance of opportunistic infections. It is estimated that in 2021, 10.2 million people infected with HIV did not benefit from the use of antiretrovirals worldwide. In the same year, this indicator reached 333,000 people, and at the municipal level of Londrina, 288 people living with HIV were abandoning treatment. Objective: To apprehend the social representations of people living with HIV about abandoning treatment and the motivation for resuming it. Methodological path: This is a qualitative study based on Serge Moscovici's Theory of Social Representations. The setting was a Specialized Care Service for HIV/AIDS located in the south of Brazil. The population consisted of 288 people diagnosed with HIV who had abandoned treatment for more than 100 days. Of these, 250 were excluded due to criteria related to incomplete or wrong registration information, and aspects that impeded attendance at the service and contact. Another 18 people were considered dropout losses. The sample consisted of 20 people who met the eligibility criteria and agreed to participate in the study. Data collection took place between June 2021 and June 2022 in semi-structured interviews that were audio-recorded and transcribed in full. For the analysis of the speeches, the collective subject discourse was used. Results: 20 people living with HIV participated in the study, 12 men and eight women, aged between 27 and 55 years. The abandonment time varied between 210 and 1580 days. The analysis of the interviews allowed the emergence of 18 central ideas and two anchors, which were grouped into four major themes: 1) Abandonment of treatment due to issues intrinsic to the person living with HIV; 2) Abandonment of treatment due to issues related to drug therapy; 3) Abandonment of treatment by social dogmas; 4) Driving forces for the resumption of treatment. Final considerations: The qualitative analysis of the social representations of people living with HIV indicated that the abandonment of antiretroviral therapy is

multifactorial, and involves sociocultural, geographic, family and biological issues. It is essential to consider all the issues that permeate and impact the lives of people living with HIV who abandon treatment in addition to biological issues, enabling the implementation of actions that contribute to the effectiveness of public health policies in order to stimulate adherence and encourage resumption of treatment. It is hoped that this investigation may awaken to the subjective issues of the universe of the person living with HIV and these respected in humanized practice, aimed at encouraging continuous treatment to control the infection and promote quality of life.

**KEYWORDS:** Social Representations; Antiretroviral Therapy; Self-Neglect; Medication Nonadherence; Nursing.

### **REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO A LA MOTIVACIÓN PARA REANUDAR**

**RESUMEN:** Introducción: El uso continuo de la terapia antirretroviral es eficaz para interrumpir la replicación viral provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, previniendo el compromiso del sistema inmunológico y la aparición de infecciones oportunistas. Se estima que en 2021, 10,2 millones de personas infectadas por el VIH no se beneficiaron del uso de antirretrovirales en todo el mundo. En el mismo año, este indicador alcanzó a 333.000 personas, ya nivel municipal de Londrina, 288 personas viviendo con VIH estaban abandonando el tratamiento. Objetivo: Aprender las representaciones sociales de personas viviendo con VIH sobre el abandono del tratamiento y la motivación para retomarlo. Camino metodológico: Se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. El escenario fue un Servicio de Atención Especializada en VIH/SIDA ubicado en el sur de Brasil. La población estuvo conformada por 288 personas diagnosticadas con VIH que habían abandonado el tratamiento por más de 100 días. De estos, 250 fueron excluidos por criterios relacionados con información de registro incompleta o incorrecta, y aspectos que impidieron la asistencia al servicio y contacto. Otras 18 personas fueron consideradas pérdidas por deserción. La muestra estuvo conformada por 20 personas que cumplieron con los criterios de elegibilidad y aceptaron participar en el estudio. La recolección de datos ocurrió entre junio de 2021 y junio de 2022 en entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad. Para el análisis de los discursos se utilizó el discurso del sujeto colectivo. Resultados: Participaron del estudio 20 personas viviendo con VIH, 12 hombres y ocho mujeres, con edades entre 27 y 55 años. El tiempo de abandono varió entre 210 y 1580 días. El análisis de las entrevistas permitió el surgimiento de 18 ideas centrales y dos anclas, que fueron agrupadas en cuatro grandes temas: 1) Abandono del tratamiento por cuestiones intrínsecas a la persona que vive con VIH; 2) Abandono del tratamiento por cuestiones relacionadas con la farmacoterapia; 3) Abandono de tratamiento por dogmas sociales; 4) Fuerzas impulsoras de la reanudación del tratamiento. Consideraciones finales: El análisis cualitativo de las representaciones sociales de las personas viviendo con VIH indicó que el abandono de la terapia antirretroviral es multifactorial, e involucra cuestiones socioculturales, geográficas, familiares y biológicas. Es fundamental considerar todas las cuestiones que permean e impactan la vida de las personas que viven con el VIH que abandonan el tratamiento además de las cuestiones biológicas, posibilitando la implementación de acciones que contribuyan a la efectividad de las políticas públicas de salud para estimular la adherencia y alentar la reanudación. De tratamiento se espera que esta investigación pueda despertar a las cuestiones subjetivas del universo de la persona que vive con VIH y estas respetadas

en la práctica humanizada, con el objetivo de incentivar el tratamiento continuo para el control de la infección y promover la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Representación Social; Terapia Antirretroviral; Autoabandono; No Adhesión al Tratamiento; Enfermería.

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids - Acquired Immunodeficiency Syndrome) tem como agente etiológico o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - Human Immuno-Deficiency Virus), e é definida pela imunodepressão de Linfócitos T CD4+ e consequente desenvolvimento de Infecção Oportunista (IO) (BRASIL, 2018a; RODRIGUES; FONSECA; ALMEIDA, 2018).

A terapia antirretroviral (TARV) é eficiente no tratamento da infecção pelo HIV, pois impede a replicação viral e o ciclo lisogênico do HIV, evitando assim a destruição de Linfócitos TCD4+ pelo HIV. O uso contínuo resulta na supressão viral (carga viral indetectável) e reconstituição da imunidade por linfócitos TCD4+ (BRASIL, 2018a; CENTERS FOR DISEASE CONTROL EM PREVENTION-CDC, 2023).

Apesar dos benefícios proporcionados pela TARV, o relatório global da Joint United Nations Program on HIV/aids (UNAIDS) em 2021 mostrou que, das 38 milhões de Pessoas Vivem com o HIV (PVHIV) no mundo, 10,2 milhões não utilizaram a TARV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/aids - UNAIDS, 2022).

No Brasil, estima-se que 960 mil pessoas viviam com HIV no ano de 2021, das quais 89% conheciam o diagnóstico, 73% estavam em uso da TARV e 65% alcançaram a supressão viral. Esta análise estima que 333 mil PVHIV não se beneficiaram com o tratamento, apesar da gratuidade na distribuição da TARV (BRASIL, 2022a).

No município de Londrina-Paraná (PR), de acordo com dados da Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) do serviço de referência em HIV/aids do município, referente ao ano de 2021, 288 PVHIV encontravam-se em abandono do tratamento.

O abandono de tratamento foi definido no ano de 2009 pelo Ministério da Saúde como o não comparecimento ao serviço por três meses após retirar seus medicamentos ou o não comparecimento às consultas em um intervalo maior do que seis meses. No ano de 2018, o abandono foi caracterizado pelo não comparecimento ao serviço por um período maior que 100 dias para retirar a TARV, o que se constitui um problema prevalente, demandando ações de enfrentamento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018c).

Como estratégia para reduzir a infecção por HIV e as mortes por aids em todo o mundo, a Assembleia Geral das Nações Unidas sobre aids, em junho de 2021, estabeleceu novos objetivos para se alcançar, até 2025, a meta: 95–95–95, que consiste no diagnóstico de 95% das pessoas que vivem com HIV, subsequente tratamento de 95% das pessoas diagnosticadas e alcance da supressão viral em 95% das pessoas tratadas (UNAIDS, 2021).

Para o sucesso dessas metas foi instituída no Brasil a Cascata do Cuidado Contínuo à PVHIV, representada conceitualmente por uma sequência de cuidados que vão desde o diagnóstico oportuno, vinculação e retenção no serviço, início da TARV e supressão virológica pela adesão ao tratamento (BRASIL, 2018b).

A adesão ao tratamento é definida pelo uso contínuo da TARV, respeitando as doses e horários prescritos. Para isso, é preciso a participação da PVHIV na sua terapia, que se dá pela aceitação do esquema terapêutico no seu cotidiano (BRASIL, 2018a). Esta aceitação, por sua vez, depende de um processo de conscientização dos indivíduos sobre a importância do tratamento, o que demanda a necessidade de conhecimentos sobre o tema.

Os conhecimentos e crenças sobre uma enfermidade ou tratamento, e até mesmo as características pessoais de cada indivíduo, o apoio social que ele recebe e o acesso aos serviços e recursos, estabelecem os meios de enfrentamento para se viver com uma enfermidade crônica, e isso está relacionado com a adesão ou o abandono do tratamento (SOUTO, 2020).

Segundo Correia et al. (2023), a não aceitação do diagnóstico corrobora para a não adesão aos antirretrovirais, exigindo estratégias por parte dos profissionais de saúde para enfrentamento dessa condição de saúde.

Dessa forma, entende-se que as questões que levam o indivíduo a abandonar o tratamento são multifatoriais, para além de questões biológicas, contemplando também a subjetividade do sujeito (GONÇALVES, 2018). Isso corrobora a definição de “saúde” pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que desde 1947, a define pelo completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2022b).

Porquanto, compreender as questões subjetivas envolvidas no abandono do tratamento por parte desses indivíduos e identificar fatores que possam estimular a sua retomada podem ser alicerce para fortalecer as políticas públicas com foco nas PVHIV.

Diante do exposto, emergiu a seguinte indagação condutora da presente investigação: quais as Representações Sociais (RS) que permeiam o discurso de pessoas

vivendo com HIV sobre o abandono da terapia antirretroviral e a motivação para sua retomada? Para elucidar tal questionamento, traçou-se como objetivo: Apreender as RS de pessoas vivendo com HIV acerca do abandono do tratamento e a motivação para a retomada.

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo pautado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici. Este referencial versa que qualquer relação social do cotidiano pode ser apreendida, proporcionando que seja conhecido o senso comum sobre determinado fenômeno. Assim, permite aos indivíduos a interpretação do mundo e a orientação da comunicação entre eles, na medida em que, ao entrarem em contato com um determinado objeto, o representem e isto vai orientar suas ações e comportamentos (MOSCOVICI, 2017).

### **2.2 Aspectos Éticos**

Este estudo compõe um dos objetivos do “Projeto Viva PositHIVo: promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV”, que responde pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 30299820.3.0000.5231 sob o Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina nº 3.980.965.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes convidados, após devida instrução quanto aos objetivos do estudo, a confidencialidade dos dados por parte dos pesquisadores e da possibilidade de retirar-se do estudo a qualquer momento.

### **2.3 Cenário do Estudo**

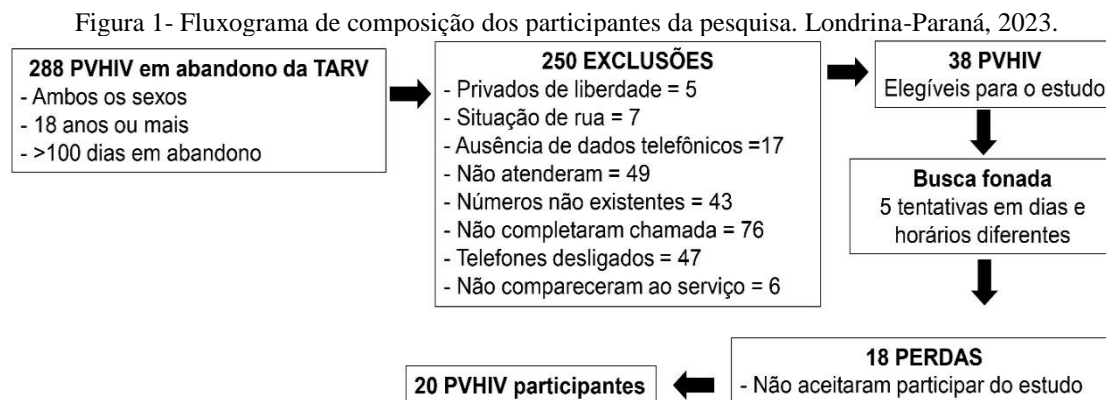
O cenário foi o centro de referência para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao HIV/aids do município do estudo, instituição que abriga o Serviço de Atendimento Especializado em HIV/aids (SAE) e presta atendimento público a aproximadamente cinco mil pessoas vivendo com HIV. De acordo com dados da UDM do município, em março de 2021, 288 PVHIV encontravam-se em abandono da TARV, situação definida pelo Ministério da Saúde como sendo a não retirada dos ARV de uso contínuo na UDM por um período superior a 100 dias (BRASIL, 2018c).



## 2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão e Amostra do Estudo

Os critérios para inclusão foram: PVHIV em abandono da TARV por um período superior a 100 dias, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, vinculadas à UDM do município do estudo.

Os critérios para exclusão foram: PVHIV que não possuíam completude dos dados pessoais ou estes encontravam-se errôneos, impossibilitando o contato telefônico para recrutamento; aquelas que não atenderam a chamada telefônica após cinco tentativas, em dias e horários diferentes; aquelas que não compareceram ao serviço de saúde após contato telefônico; aquelas que recusavam o uso dos ARV. A aplicação dos critérios redundou em 250 exclusões, de maneira que foram consideradas elegíveis para o estudo 38 pessoas que, durante contato telefônico, aceitaram comparecer ao serviço para participação da pesquisa. Ao final deste processo, 18 desistiram de participar, e 20 pessoas compuseram a amostra do estudo, conforme apresentado na figura 1.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

## 2.5 Obtenção e Análise dos Dados

A coleta das informações foi procedida pela pesquisadora principal, pela técnica de entrevista individual em profundidade, semiestruturada, audiogravada e consentida por cada participante por meio da assinatura do TCLE.

Este processo aconteceu entre os meses de junho de 2021 a junho de 2022, nas dependências do cenário pesquisado, em ambiente privativo, com duração variando de 20 a 40 minutos, sem interferir no andamento do atendimento da PVHIV no serviço de saúde.

O instrumento norteador foi composto por uma parte inicial de caracterização do participante, seguida de dados relacionados a condições clínicas e laboratoriais da PVHIV e três questões abertas: 1) Fale-me sobre o fato de você ter parado de tomar a medicação.

2) Conte-me sobre este período em que você não esteve tomando a medicação. 3) Considerando que você está no serviço hoje, explique qual foi a sua motivação para retornar após o período de abandono.

Não houve um número pré-estabelecido de pesquisados e as entrevistas que foram realizadas com os 20 participantes selecionados após o processo mencionado anteriormente originaram dados com qualidade suficiente para responder ao objetivo da pesquisa. Isto porque as PVHIV participantes, conforme sugere a literatura correlata (LEFÈVRE, 2017), foram atores sociais relevantes (stakeholders) como fonte de informação e diversidade daquela realidade.

Para construir as representações das PVHIV sobre suas percepções acerca do abandono do tratamento e a possibilidade de sua retomada, foi escolhido o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que propõem a organização dos dados qualitativos de maneira discursiva, tornando clara a vivência em comum de uma população sobre um determinado tema. Em outras palavras, é uma técnica de processamento de dados que objetiva resgatar modos coletivos de pensar dos mais diferentes grupos, ou seja, processam-se os dados verbais para dar à luz a opiniões coletivas (LEFÈVRE, 2017).

Desta maneira, as entrevistas foram transcritas em versão literal dos depoimentos, mantendo a linguagem própria dos indivíduos, sem considerar suas pausas nem seus aspectos comportamentais ou corporais. Elaborou-se uma planilha contendo seis colunas no Microsoft Excel®, e esse texto bruto foi inserido na primeira coluna, foram identificadas as expressões-chave, a ideia central (IC) expressa por elas e, na sequência, as ancoragens, dispostas nas colunas dois, três e quatro respectivamente. A expressão-chave é a figura metodológica que revela a essência do depoimento. A IC consiste na descrição do sentido presente na expressão-chave, podendo ser compreendida como um nome ou expressão linguística que descreve, da maneira sintética e precisa, o sentido ou os sentidos dos discursos analisados, e durante a análise dos dados foram encontradas 18 ideias centrais (IC). Já as ancoragens são manifestações das marcas pessoais do entrevistado no discurso, suas teorias, ideologias, valores e crenças, sendo identificadas duas ancoragens durante a análise (LEFÈVRE, 2017).

Para formular o DSC juntaram-se expressões chave que trouxeram coerência para o discurso, sem alterar a estrutura e significado da frase original. A partir das expressões-chave, das ideias centrais e das ancoragens, realizou-se o agrupamento das mesmas por homogeneidade, sendo dispostas na coluna cinco, e, na sequência, a organização dos



respectivos DSC, redigidos resumidamente, na primeira pessoa do singular e dispostos na coluna seis (LEFÈVRE, 2017).

### 3. RESULTADOS

Participaram do estudo 20 PVHIV, as características do sujeito coletivo desse estudo foram 12 do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idade entre 27 e 55 anos. Destes, 11 se autodeclararam brancos, sete pardos e quatro negros. Quanto ao nível de escolaridade, nove possuíam o ensino fundamental incompleto, três ensino fundamental completo, cinco concluíram o ensino médio e três o ensino superior incompleto.

Na ocasião da obtenção dos dados, o período médio de diagnóstico da HIV foi de 11 anos, variando de 13 meses a 22 anos. Já o tempo de abandono da TARV variou entre 210 e 1580 dias.

A análise das entrevistas permitiu a emergência de 18 ideias centrais e duas ancoragens, as quais foram agrupadas em quatro grandes temas por homogeneidade e expressaram as RS das PVHIV em abandono do tratamento, especificadas no quadro 1, sendo que três deles estão subdivididos em subtemas. Na sequência, foram construídos os respectivos DSC, considerando as expressões chave que originaram as ideias centrais ou as ancoragens, a serem evidenciados nas seções subsequentes, o que permitiu pontuar as principais fragilidades das PVHIV que redundaram no abandono da TARV e as principais fortalezas para a retomada do tratamento.

Quadro 1: Composição dos grandes temas e seus respectivos subtemas, ideias centrais e ancoragens identificados nos discursos dos sujeitos coletivos. Londrina, Paraná, 2023.

GRANDES TEMAS	SUBTEMAS	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGENS
1) Abandono do tratamento por questões intrínsecas à PVHIV	1.1 Insciência sobre o HIV e seu tratamento	Sensação de normalidade, mesmo ciente dos riscos	-----
		Desconhecimento da ação da TARV	
	1.2 Déficit no autocuidado e projeção da responsabilidade a terceiros	Esquecimento de tomar os medicamentos	
		Falta de apoio	
	1.3 Saúde mental comprometida	Depressão ou desânimo	
		Falta de aceitação da condição crônica de saúde	
	Abuso de álcool e outras drogas		
2) Abandono do tratamento por	2.1 Efeitos colaterais da TARV	Efeitos indesejáveis ocasionados pela TARV	

questões ligadas à TARV	2.2) Dificuldades no acesso a medicação	Dificuldades para retirar os medicamentos na UDM	-----
		Mudança de endereço	
3) Abandono do tratamento por dogmas sociais	-----	Medo e/ou vergonha do tratamento	Rótulo social advindo de determinantes e condicionantes históricos do HIV/aids
		Medo da exclusão social devido ao preconceito	Tendência de a sociedade discriminar e isolar as PVHIV
4) Forças propulsores para a retomada do tratamento	4.1) Percepção de piora das condições de saúde	Alteração nos resultados dos exames laboratoriais de contagem de carga viral e linfócitos TDC4	-----
		Aparecimento de sinais/sintomas de adoecimento	
	4.2) Aspirações de uma vida melhor	Medo de adoecer	
		Motivação pela busca ativa dos profissionais de saúde	
	4.3) Apoio de terceiros	Incentivo de familiares e amigos	
		Desejo de melhoria da qualidade de vida	

\*DSC: discurso do sujeito coletivo  
 Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

### 3.1 Grande Tema 1- Abandono do Tratamento por Questões Intrínsecas à PVHIV

Este grande tema foi composto por um total de sete ideias centrais dispostas em três subtemas e os respectivos DSC podem ser conferidos no quadro 2.

Quadro 2: Discursos dos sujeitos coletivos referentes ao grande tema “abandono do tratamento por questões intrínsecas à PVHIV” em seus respectivos subtemas. Londrina-Paraná, 2023.

<p><b>Subtema 1.1) Falta de conhecimento sobre o HIV e seu tratamento</b></p> <p>DSC: <i>Eu parei de tomar o medicamento porque já tinha o vírus há muitos anos e, sem o remédio eu estava normal, comendo normal, dormindo normal, com a respiração normal. Então eu pensei: acho que está bom assim. Eu não estava ruim, não estava dando problema, então eu nem ia atrás da medicação. Eu acreditava que o medicamento não estava resolvendo nada, era o que eu pensava. Como eu não via nada me afetando eu comecei a agir como eu agia antes de ter o HIV, porque, para mim, eu não percebi nada de extraordinário. Eu nunca fiquei mal por parar o tratamento e, quando eu parei, estava ciente do risco de, por exemplo, pegar uma pneumonia e morrer. Além disso, eu parei de usar o medicamento porque eu achava que estava a mesma coisa mesmo eu sempre comparecendo certinho em todas as consultas. Então, eu pensei: o que eu vou fazer lá se, às vezes, eu até perdia um dia no trabalho só para poder pegar o remédio e não percebia nada de diferente, estava tudo igual. Eu não via melhora. Diante disso, às vezes, eu tomava e depois ficava uma semana sem tomar e, retomava o tratamento posteriormente, afinal, sempre estava indetectável a minha carga viral. Somado a essa questão, como eu não estava me relacionando com ninguém, não julguei necessário tomar o medicamento e fui deixando para depois.</i></p>
<p><b>Subtema 1.2) Déficit no autocuidado e projeção da responsabilidade a terceiros</b></p> <p>DSC: <i>Eu até tomava o remédio, mas, depois, eu fui parando e passei a esquecer, afinal, a gente acaba esquecendo, não é mesmo? Os dias passavam e, quando eu percebia, já era sexta-feira e eu não tinha pegado a medicação, sendo que nos finais de semana o serviço não funcionava. Então, acabava ficando para a semana seguinte e eu continuava não indo buscar. Somado ao meu esquecimento, eu parei de tomar os remédios porque faltava apoio da minha família, pois eu nem contei para eles que eu tenho o vírus e nem pretendo contar, já que me amedronta a possível reação deles. Eu até conversei com um psicólogo, que, de uma maneira muito profissional, falou que alguém da minha família deveria saber. Porém, a minha família é bem afastada, então acho que não tem necessidade de as pessoas saberem. A</i></p>

*família é muito difícil de lidar e existem pessoas que não entendem as coisas e a situação fica como um confronto, visto que uns têm um pensamento, outros têm outro e, se você quer ir a favor de um pode chatear o outro. Também houve um tempo em que eu era casado, nós dois tínhamos HIV e ele desistiu do tratamento totalmente e me influenciou a também não me tratar.*

**Subtema 1.3) Saúde mental comprometida**

*DSC: Quando eu descobri que tinha HIV, eu levei um certo tempo para aceitar. Foi um momento muito difícil, pois a forma como me foi passado o diagnóstico foi muito antiprofissional e a primeira impressão é a que fica. Fui informado em alto e bom tom em uma sala na enfermaria com várias pessoas presentes, quando penso que deveria ter sido sigiloso. Ninguém espera um problema desse e eu “entrei em parafuso”. Receber o diagnóstico em um ambiente hospitalar deu-me a sensação de quase-morte, então, eu me fechei, não contei, não permiti que fosse informado à minha família nem a ninguém, porque eu senti medo e vergonha. Eu escondi, mal conseguia acreditar, não aceitei o diagnóstico. Acredito que se eu tivesse tido ciência do diagnóstico de forma mais profissional, teria sido diferente, eu não teria tido tanto problema de depressão como eu tive, isso teria sido evitado e eu teria uma qualidade de vida melhor. Com a depressão, eu não quis nem saber mais do remédio para o HIV. Senti desânimo pela vida e parei de tomar os remédios por alguns anos, pois a depressão me fez querer parar de me cuidar. Parei de pegar a medicação e de me consultar porque, para mim, já era uma luta ter que ir buscar o remédio, parecia que eu estava indo para a forca ou cometendo um crime. Eu me questionava: se essa doença não vai ter cura, para que ir lá retirar os medicamentos? Mesmo durante o período em que eu tomava corretamente, conforme o tempo ia passando eu me perguntava: Ah, meu Deus, isso nunca vai acabar? Eu pensava nisso por um momento, depois o tempo passava, eu esquecia que aquilo existia e seguia a vida normalmente. Eu não consigo tomar os medicamentos porque parece que tem um bloqueio na minha cabeça e eu não consigo tomá-los corretamente. Além disso, eu me envolvi com as drogas quando descobri o HIV e tentei suicídio três vezes. Eu passava vários dias na rua usando entorpecentes e acabava não tomando o medicamento. Foi quando acreditei que fosse por causa das substâncias que eu estava adoecendo. Eu já cheguei a beber dia e noite, inclusive, eu dormia com a garrafa do lado. Somado a isso, são tantos remédios que tinha hora que me cansava e eu não queria mais saber de nada; quando você percebia, já tinha ficado vários dias sem tomar, às vezes por causa de bebida, para se drogar ou alguma coisa desse tipo que me fazia acabar esquecendo.*

\*DSC: discurso do sujeito coletivo

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

### 3.2 Grande Tema 2- Abandono do Tratamento por Questões Ligadas à TARV

Este segundo grande tema foi constituído de três ideias centrais e o quadro 3 dimensiona seus dois subtemas e os respectivos DSC.

Quadro 3: Discursos dos sujeitos coletivos referentes ao grande tema “abandono do tratamento por questões ligadas à TARV” em seus respectivos subtemas. Londrina- Paraná, 2023.

**Subtema 2.1) Efeitos colaterais da TARV**

*DSC: Eu desisti do tratamento porque tenho muitos efeitos, eu me sinto doente quando eu tomo esses medicamentos, meus olhos começaram a ficar muito amarelos, as pessoas começaram a perceber, comecei a ficar com mau hálito, meu estomago doía, tive diarreia, vomito, sentia muita fraqueza, sentia muita coisa mesmo. Não me sentia nada bem e fiquei até com insônia, e passei a tomar remédio para dormir, se eu tomo durante o dia, eu passo o dia inteiro ruim, tenho que tomar e já ir dormir, e eu não quero me sentir doente e nem pensar nessa doença todos os dias, quero me sentir normal.*

**Subtema 2.2) Dificuldades em conseguir a medicação**

*DSC: Eu parei de usar o medicamento por falta de tempo para buscá-los, pois trabalho o dia todo a semana inteira e o serviço não funciona aos finais de semana. Assim, foi passando o tempo e eu fui deixando. Às vezes eu ia buscar, outras não, já que era muito difícil ter que me deslocar para pegar apenas uma caixa do medicamento. Houve um tempo que eram entregues três caixas e eu gostava mais, porque demorava para ter que voltar. Sem falar que, com filho pequeno, esse deslocamento fica ainda mais complicado e, com toda essa correria, eu acabei desanimando e deixando o tratamento de lado. Somado a isso, eu me mudei de endereço e não fui mais atrás do medicamento.*

\*DSC: discurso do sujeito coletivo

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

### 3.3 Grande Tema 3- Abandono do Tratamento por Dogmas Sociais

O terceiro grande tema foi estruturado a partir de duas ideias centrais advindas de duas ancoragens (a vergonha do tratamento e o medo da rejeição devido ao preconceito) que possibilitaram edificar o seguinte discurso:

DSC: Eu abandonei o tratamento por vergonha de as pessoas próximas de onde moro e da minha família ficarem sabendo que tenho HIV. Temo a rejeição por parte deles, pelo fato de ter um mito envolvendo a forma de infecção, como tudo aconteceu. Isso me envergonha e me impede de contar, porque existe muita ignorância e as pessoas não entendem. Quando você convive com um problema como o HIV, você vai entender que o que está na cabeça das pessoas é o nome da doença, como ela matou muita gente no passado. Você pode ter um câncer, ele atinge todas as partes do seu corpo, mas as pessoas dizem: “nossa, coitadinho, ele tem câncer!” No entanto, com o HIV é diferente. Ele pode te causar o mesmo problema do câncer, mas as pessoas dizem: “você tem HIV, então não me abraça!” Podem até pensar que não, mas tem muito preconceito com essa doença. As pessoas falam que não têm preconceito, mas têm e elas te olham diferente. Eu acreditava que até minha filha tinha vergonha de mim, que não me aceitava, porque nem eu mesmo não me aceitava e sentia vergonha de mim mesmo, e isso me ocasionou depressão e medo. Por isso, eu tinha receio de ir buscar os medicamentos, então resolvi parar de tomar.

### 3.4 Grande Tema 4- Forças Propulsoras para a Retomada do Tratamento

O grande tema número quatro foi o último e composto por seis ideias centrais, estruturado em três subtemas, cujos DSC podem ser conferidos no quadro 4.

Quadro 4: Discursos dos sujeitos coletivos referentes ao grande tema “forças propulsoras para a retomada do tratamento” em seus respectivos subtemas. Londrina-Paraná, 2023.

<b>Subtema 4.1) Percepção de piora das condições de saúde</b>
<i>DSC: Eu decidi retomar o tratamento quando apareceu alterações nos meus exames, percebi que eu não continuaria a me sentir normal, há algum tempo atras eu comecei a perceber algumas alterações no meu corpo, começou a aparecer algumas lesões. Eu voltei para retomar o tratamento porque causa dessas lesões, ano passado saiu só um pouquinho no braço, tomei o remédio e parou, depois voltou de novo, tomei remédio novamente e sarou, depois tornou a voltar, agora tomo o remédio e não sara mais, e esse negócio não sara e coça. Eu tive um problema grave, aí eu voltei a tomar, por isso eu vou animar de novo, já estou começando a ficar fraco e o médico disse que se a doença voltar de novo, vai ser forte.</i>
<b>Subtema 4.2) Aspirações de uma vida melhor</b>
<i>DSC: Eu quero voltar a tomar o medicamento para ter uma saúde boa, viver um pouco mais, trabalhar e curtir um pouco a vida. Eu tenho medo do vírus, tenho medo do que pode me acontecer futuramente, às vezes eu ia ao médico por outros motivos, mas sempre pensava que era por causa do vírus. Mas o tratamento era muito difícil, porque eu não aceitava, os remédios eram umas cápsulas muitos grandes, era muito difícil de tomar, daí eu quase não tomava e acabava ficava ficando doente, e eu sei que hoje em dia a medição pode te dar uma qualidade de vida boa, mas como eu abandonei esse tempo de qualidade de vida né, agora tenho que tentar me recuperar disso.</i>

**Subtema 4.3) Apoio de outras pessoas**

DSC: *Eu decidi retomar o tratamento após ter recebido a ligação do serviço, pensei que iria levar uma bronca, fiquei pensando: será que vou, será que eu não vou? Meu marido disse que me levaria à força caso eu não me prontificasse a ir, e eu tinha que ir para marcar exames e para pegar outra receita e recomeçar. Na hora que me ligaram a primeira pessoa que atendeu o telefone foi a minha patroa, e ela me disse: eu não acredito que você abandonou o tratamento. Eu ficava preocupado toda noite antes de dormir, pois eu tomava o medicamento nesse período, e eu pensava: 'nossa, eu tenho que dar um jeito''. Ai toda semana eu ficava de ir retirar o medicamento, mas não dava certo, e naquele dia você ligou, pensei que como estavam insistindo muito daqui para frente poderia piorar meu estado de saúde, a ligação foi para mim um tapa na cara, senti uma urgência em retomar o tratamento, e a conversa foi bem simpática, e eu fiquei feliz por poder voltar a tomar o medicamento, fiquei motivado por voltar. Minha mãe sempre me apoiou, está ao meu lado até hoje, e poucos anos depois descobrimos que o meu irmão também tinha HIV. Quando eu me sentia mal com os medicamentos minha irmã me apoiava para que eu trocasse por outros, me incentivando a continuar. Meu marido até brigava comigo para eu continuar me cuidando. Meu namorado me apoiava e me incentivava a voltar a me tratar, ele também tinha HIV, eu olhava ele e me dava força, dava vontade de fazer o tratamento, porque ele tinha uma qualidade de vida perfeita, ele tomava os medicamentos regularmente e era muito saudável. Antes eu vivia na rua, mas agora que voltei para casa minha família me ajuda bastante, principalmente os meus pais. Minha tia é esclarecida, e ela nos apoia, a mim e a minha esposa, que também tem HIV. Minhas irmãs são enfermeiras, e elas me tranquilizam quando bate o desespero.*

\*DSC: discurso do sujeito coletivo  
Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

#### 4. DISCUSSÃO

As RS de PVHIV apresentadas no DSC revelaram os inúmeros motivos em que o uso da TARV é interrompido. Desde o diagnóstico até a adequada adesão ao tratamento, a trajetória pode ser interposta por desafios e dificuldades, como retrataram os resultados deste estudo.

A complexidade do regime terapêutico, esquecimento no uso dos antirretrovirais, efeitos colaterais das medicações, dificuldade de locomoção e distanciamento físico entre moradia e serviço de saúde são fatores que contribuem para o abandono do tratamento, além dos fatores associados a problemas de saúde mental, uso de drogas lícitas e ilícitas e os tabus em torno da infecção por HIV (UMEOKONKWO; ONOKA; AGU, 2019). Diante deste contexto, as RS dos participantes deste estudo, trazem no DSC o abandono do tratamento por questões intrínsecas à PVHIV, ligadas à TARV ou por dogmas sociais.

O abandono do tratamento por questões intrínsecas à PVHIV foi associado ao desconhecimento sobre o HIV e seu tratamento, sensação de normalidade quanto à própria saúde e desconhecimento dos benefícios da TARV.

A insciência sobre o HIV e a ação dos antirretrovirais no organismo é fator que potencializa o DSC no sentido de abandono do tratamento e do cuidado em geral entre as PVHIV. A sensação de normalidade, de estar saudável, é natural entre a população infectada pelo HIV, considerando que na fase de latência clínica, que tem duração média

de oito anos, não são frequentes os achados clínicos no exame físico e laboratorial (BRASIL, 2018a).

A contagem de LT-CD4<sup>+</sup> permanece acima de 350 céls/mm<sup>3</sup> e as Infecções Oportunistas (IOs) que acometem as PVHIV nesse período são semelhantes às da população imunocompetente, sendo imperceptível a alteração do sistema imunológico pelo indivíduo infectado. Passado o período da latência clínica, as IOs se manifestam no quadro de aids (BRASIL, 2013). Em contrapartida, o uso contínuo da TARV impede a replicação do HIV e a evolução para o quadro de aids, bem como torna o indivíduo intransmissível, quando atinge a supressão viral (BRASIL, 2018a).

As RS desse estudo fizeram referência ao déficit no autocuidado e projeção da responsabilidade a terceiros, associado ao esquecimento na tomada dos medicamentos e ausência de apoio de familiares e amigos. No tratamento de doenças crônicas, como a infecção pelo HIV, o indivíduo é responsável pela sua saúde, assumindo a responsabilidade pelo seu autocuidado. No cenário do HIV, o plano para a adesão ao tratamento é construído a partir da história do paciente, suas motivações e comprometimento com a sua qualidade de vida (YOO-JEONG et al, 2022).

Nesse contexto, vale considerar que a rede de apoio pode favorecer o autocuidado, sem eximir o paciente de suas responsabilidades como por exemplo, a tomada dos medicamentos, assiduidade nas consultas com equipe de saúde, realização dos exames laboratoriais e retirada da TARV nas UDM (BRASIL, 2013).

A depressão e desânimo, falta de aceitação da condição crônica de saúde e abuso de álcool e outras drogas, foram ideias centrais associadas ao comprometimento da saúde mental dos participantes do estudo.

O uso de drogas lícitas e ilícitas tem sido um forte preditor para o abandono do tratamento, assim como a depressão (FREITAS; MACIEL, 2021). Mesmo tendo como certa a necessidade da TARV, as PVHIV com saúde mental comprometida são influenciadas por esses fatores que se sobressaem ao tratamento e norteiam a não adesão (BRASIL, 2018a; SHABALALA, 2018).

A não aceitação da condição crônica de saúde ocasionada pelo HIV faz parte dos fatores de risco que dificultam a adesão ao tratamento. O diagnóstico da infecção pelo HIV pode gerar sofrimento, portanto a forma como é comunicado é um dos pilares para que haja aceitação. Neste sentido, o profissional deve desenvolver sensibilidade e uso de linguagem apropriada para reduzir o impacto emocional, viabilizando a aceitação



dessa condição crônica e a vinculação ao serviço (BRASIL, 2017; AMORIM et al., 2019; ARAÚJO et al., 2020).

Além das questões relacionadas ao próprio paciente, dificuldades advindas da operacionalização do tratamento podem gerar seu abandono, como elucidado no DSC de ambos os subtemas constituintes do grande tema 2, que estão relacionados aos efeitos colaterais da TARV e às dificuldades na acessibilidade à retirada da medicação nos serviços de saúde.

Sabe-se que os efeitos adversos aos medicamentos são importantes fatores de risco para a baixa adesão ao tratamento. Na maioria dos casos, esses desconfortos são leves e temporários, todavia, algumas PVHIV descontinuam o tratamento devido ao prolongamento desses sintomas ou a questões mais graves, como comprometimento hepático, renal (OLIVEIRA et al., 2018) e neurológico, dentre eles, nervosismo, depressão, ansiedade, tontura distúrbios do sono (MOURA et al, 2021).

Questiona-se e reflete-se aqui se este abandono é decorrente apenas do fato de a PVHIV não priorizar o tratamento diante das adversidades encontradas ou se as instituições deixam de contribuir em algum aspecto para auxiliar nesse enfrentamento. Infere-se que, talvez, rever alguns pontos das políticas públicas que sedimentam o atendimento a essas pessoas e pensar em ajustes operacionais na entrega desses medicamentos como, por exemplo, quantidade dispensada ou a flexibilização de horários de funcionamento dessas instituições pudessem contribuir para a transposição de certos obstáculos à TARV como os relatados neste estudo.

Ainda que tenham ocorrido muitos avanços científicos ao longo dos anos, os estigmas sociais gerados sobre a infecção pelo HIV perduram até a atualidade como significativos determinantes e condicionantes históricos, responsáveis por rótulos e preconceitos (SILVA; DUARTE; LIMA, 2020), e, contribui para o abandono da TARV, como representado pelo DSC do terceiro grande tema, nomeado como “Abandono do tratamento por dogmas sociais”.

É de fundamental importância a superação desses dogmas disseminados entre a população na abordagem e manejo da PVHIV, somados à redução das condições de vulnerabilidade, orientações às práticas sexuais seguras e promoção dos direitos humanos. Cabe pontuar que essas estratégias permanecem no centro da política brasileira de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao HIV (BRASIL, 2018c).

No cerne do DSC, o medo da rejeição, inclusive pelos entes queridos e o pavor da exclusão social permeiam cada ação das suas vidas, desde o receio de ir até o serviço para retirada do ARV e outros cuidados, até o enfrentamento solitário dessa condição crônica.

Dito isso, advoga-se que compartilhar o status sorológico entre os familiares e amigos próximos pode possibilitar o apoio social e reduzir a influência negativa causada pelos dogmas sociais, considerado uma das principais barreiras de acessibilidade aos cuidados (FUGE; TSOURTOS; MILLER, 2022).

Assim, identificar pontos de apoio que podem fortalecer a adesão ao tratamento é obelisco central para o cuidado, como fomenta o DSC do quarto grande tema, que trata sobre as forças propulsoras para a retomada do tratamento, a percepção de piora das condições de saúde, relacionada as alterações nos resultados dos exames laboratoriais e ao aparecimento de sinais e sintomas da infecção estimulam a retomada, despertando aspirações de uma vida melhor.

O medo de adoecer, a busca ativa realizada pelos profissionais de saúde e o apoio de terceiros, alimentam a expectativa de melhoria da qualidade de vida, como uma espécie “start” para a retomada do correto uso do ARV.

O diagnóstico de HIV acompanhado da ausência de sintomas, nem sempre são suficientes para estimular o início da TARV, em contrapartida, a presença de sinais e sintomas pode soar o alerta de que algo está errado e precisa ser remediado, atuando como um incentivo para o tratamento. Para fortalecer essa decisão, é imprescindível ações que possam aumentar a conscientização das PVHIV sobre os benefícios da TARV iniciada precocemente e usada continuamente. Sobretudo, o medo da morte por aids e o anseio por qualidade de vida, têm sido motivos para enfrentamento e retomada do tratamento (FUGE, TSOURTOS; MILLER, 2022).

Esclarecer as PVHIV quanto aos resultados dos seus exames, a ação da TARV na proteção da sua imunidade e controle viral pode ser o caminho para favorecer o uso contínuo da TARV. Trata-se de uma estratégia para motivar a adesão ao tratamento e a vinculação ao cuidado, indo ao encontro do DSC que mostra o desejo de se obter ou manter boa saúde (GARRETT et al., 2018). As PVHIV com expectativas para melhorar a qualidade de vida, em geral, têm mais propensão à adesão, além de prevenirem o aparecimento das IOs e, portanto, reduzir os estigmas sociais envolvendo as doenças causadas pela imunodepressão (LAMBERT et al., 2018).

É mister o envolvimento do profissional de saúde para um vínculo efetivo da PVHIV com o serviço de saúde. A busca ativa entre os faltosos, ação realizada neste estudo, foi citada como um ponto positivo em uma das ideias centrais do grande tema 4, estimulando a manutenção dos cuidados, em especial, daqueles que apresentam maior vulnerabilidade ao acesso e que não possuem rede de apoio. No entanto, a busca ativa mostrou-se efetiva em relação à resolutividade expressa apenas para aqueles que foram contactados, revelando a dificuldade de ações desta natureza.

É de suma importância, assim como mostra o DSC do subtema 4.3, o apoio da equipe multidisciplinar para adesão à TARV, com acolhimento, empatia e adequada comunicação (SANTOS et al., 2021). Nos casos em que o apoio não existe, como visto nos achados deste estudo, a fragilidade da PVHIV se amplia no tocante à falta de motivação de se tratar adequadamente, resultando no abandono do tratamento. O incentivo de terceiros influencia e motiva para uma boa adesão (LAMBERT et al., 2018).

Assim como o apreço pela TRS (MOSCOVICI, 2017), pano de fundo desta pesquisa, palavras e fatos antes desconhecidos da PVHIV foram ressignificados em elementos possíveis de serem interpretados. Foi possível apreender os aspectos mais subjetivos existentes entre um grupo de pessoas que vivenciam um contexto semelhante, no caso, as PVHIV, pois as RS se baseiam no cotidiano dos grupos, nas suas opiniões, explicações da realidade e afirmações, sendo possível elaborar formas comportamentais e relacionar a comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2017).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As RS de PVHIV apresentadas no DSC revelaram os inúmeros motivos para interrupção no uso da TARV. O discurso revelou abandono do tratamento inerentes à PVHIV, como o desconhecimento sobre o HIV e seu tratamento, a sensação de normalidade quanto à própria saúde mesmo vivendo com HIV e não fazendo uso da TARV e o desconhecimento dos benefícios da TARV, bem como, por questões ligadas aos efeitos colaterais e às dificuldades na acessibilidade para a retirada da medicação nos serviços de saúde.

A depressão, o uso de drogas lícitas e ilícitas e a não aceitação da condição de saúde permearam o DSC. No entanto, o medo da rejeição, inclusive pelos entes queridos, e o pavor da exclusão social também foram relatados, com ênfase no enfrentamento solitário dessa condição crônica.

As forças propulsoras para a retomada do tratamento presentes no DSC fizeram referência ao medo de adoecer, a percepção de piora das condições de saúde, alterações nos resultados dos exames laboratoriais e ao aparecimento de sinais e sintomas da aids.

Esse trabalho mostrou que é necessário olhar para além das questões biológicas das PVHIV em abandono da TARV sendo essencial considerar todas as questões que permeiam e impactam as suas vidas. Apenas com esse olhar mais amplo sobre as RS destas pessoas acerca de sua condição e tratamento será possível implementar ações que contribuam para as políticas públicas de saúde no intuito de estimular a adesão por meio do acolhimento humanizado, a escuta ativa e a criação de vínculo, encorajando a retomada ao tratamento.

Destaca-se, como limitações do estudo, a impossibilidade de contatar todos os usuários em abandono de tratamento, em decorrência da desatualização de dados cadastrais e da falta de integração entre os sistemas do serviço especializado e da vigilância epidemiológica. A referência e contrarreferência ativa entre os serviços pode ser uma ferramenta potente para que os indivíduos não se percam entre os diferentes pontos de atenção à saúde e mantenham sempre os dados atualizados.

Espera-se que esta investigação possa fomentar o despertar da atenção para as questões subjetivas circunscritas ao universo das PVHIV por parte dos serviços de saúde e seus profissionais, rumo a uma prática cada vez mais humanizada para com esses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, C.B. *et al.* Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 40, e20190017, 2019.

ARAÚJO, K. M. S. T. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas com HIV assistidos em serviços de referência. Artigo. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.25, n.6, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Aids. Nota Técnica N° 208/09. UAT/DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

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. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica:** manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 412 p.

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. **Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.48 p.

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. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento clínico de HIV. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-setembro-2022.pdf/view>. Acesso em: 27 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2022b. Dia nacional da saúde. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 18 dez. 2022.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. 2023. Disponível em:

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-ary>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CORREIA, D. DE J. *et al.* Capacidade de enfrentamento do paciente diagnosticado com HIV/Aids. **Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR**, 27(6), 2993–3012. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-054>

FREITAS, J. D.; MACIEL R. H. HIV/Aids: evolução e depressão em pessoas soropositivas: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.13, n.25, 2021.

FUGE. T. G.; TSOURTOS G.; MILLER E. R. Risk factors for late linkage to care and delayed antiretroviral therapy initiation among adults with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analyses. **International Journal of Infectious Diseases**. Artigo de revisão. v 122, P885-904, 2022.

GARRET, T. N. *et al.* Acceptability of early antiretroviral therapy among South African women. **AIDS Behav**. v.22, n.3, p.1018-1024, 2018.

GONÇALVES, J. F. *et al.* Abandono de tratamento de HIV/Aids: experiência do Serviço Social no trabalho multidisciplinar. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 1, n. 2, p. 127-148, 2018.

LAMBERT, R.F. *et al.* Factors that motivated otherwise healthy HIV-positive young adults to access HIV testing and treatment in South Africa. **AIDS Behav**. v.22, n.3, p. 733-741, 2018.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017.

MOSCOVICI S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11a ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p.29-110.

MOURA, S.C. *et al.* Reações adversas aos antirretrovirais apresentadas pelos portadores de HIV. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Adherence to antiretroviral therapy and correlation with adverse effects and coinfections in people living with HIV/Aids in the municipality of Goiás State. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. V.51, n.4, 2018.

RODRIGUES, J.S.; FONSECA, L. C.; ALMEIDA, T. A. N. C. Avaliação da imunidade celular do CD4 no combate ao vírus do HIV. **Revista Saúde em Foco**. V. 10, 2018.

SANTOS, A.P. *et al.* Instrumentos para avaliar a adesão medicamentosa em pessoas vivendo com HIV: uma revisão de escopo. **Rev. Saúde Pública**. V.56, p.112, 2022.

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. Modelo matemático para uma coisa que não é matemática: narrativas de médicos/as infectologistas sobre carga viral indetectável e intransmissibilidade do HIV. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30,



n. 1, 2020.

SHABALALA, F. S. *et. al.* Understanding reasons for discontinued antiretroviral treatment among clients in test and treat: a qualitative study in Swaziland. **J. Int. AIDS Soc.** v.21, n.4, e25120, 2018.

SOUTO, C. N. Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8169-8196, 2020.

UMEOKONKWO, C.D; ONOKA, C.A; AGU, P.A. Retention in care and adherence to HIV and Aids treatment in Anambra State Nigeria. **BMC Infectious Diseases**, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331280/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

UNAIDS. Join United Nations Program on HIV/Aids. Global Aids Strategy 2021-2026: End inequalities, end Aids. Genebra: UNAIDS. 2021. Disponível em: <https://www.aidsdatahub.org/resource/end-inequalities-end-aids-global-aids-strategy-2021-2026#:~:text=Global%20AIDS%20Strategy%202021%2D2026%20is%20a%20bold%20new%20approach,accessing%20life%2Dsaving%20HIV%20services>. Acesso em: 27 dez. 2022.

UNAIDS. Join United Nations Program on HIV/Aids. Estatísticas globais sobre HIV. 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 27 dez. 2022.

YOO-JEONG, M. *et al.* A Systematic Review of Self-Management Interventions Conducted Across Global Settings for Depressive Symptoms in Persons with HIV. **AIDS Behav.** v 27, p. 1486-1501, 2022.