

Artigo Original

Open Access

# A ausência de unidades dispensadoras de medicamentos em municípios pode influenciar no abandono ao tratamento por pessoas vivendo com HIV/AIDS?

Francisco Álisson PAULA-FRANÇA<sup>1</sup> , Rafael Santos SANTANA<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Universidade de Brasília – doutorando - Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de concentração: Desenvolvimento e qualidade de produtos e serviços farmacêuticos. Brasília/Distrito Federal, Brasil

Autor correspondente: Paula-Franca FA, alissonpetunifor@gmail.com

Submetido em: 19-01-2023 Reapresentado em: 17-07-2023 Aceito em: 17-07-2023

Revisão por pares duplo cego

## Resumo

**Objetivo:** verificar a existência de associação entre o abandono à terapia antirretroviral (TARV) por PVHA e a não disponibilização de serviço de dispensação em municípios situados na região Sul do Brasil. **Métodos:** estudo exploratório e analítico, realizado a partir de registros de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em abandono de TARV residentes na região Sul do Brasil. Incluiu-se o registro de indivíduos que estavam há, pelo menos, cem dias sem retirar medicamentos. Os dados foram coletados por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON), Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (SIMC) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), no período de outubro a novembro de 2022, referentes aos registros de usuários datados entre 1986 a 2022. **Resultados:** foram checados os registros de 21.861 usuários. A média de abandono foi 814±831,7 dias, com variação entre 101 a 4.276 dias. A maioria das PVHA em TARV residia no Rio Grande do Sul (n=10.951; 50,1%), uma das Unidades da Federação que apresenta maior incidência de AIDS. Com relação às demais características sociodemográficas, revelou-se que a maioria era do sexo masculino (n=12.300; 56,4%), residente no interior (n=15.905; 72,8%), com faixa etária média de idade de 42,1±13,0, raça/cor branca (n=13.053; 59,7%) e com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo (n=6.192; 28,3%). O tempo médio de uso da TARV foi de 7,9±2,1 anos, e 49,0% (n=10.718) das PVHA antes do abandono do tratamento estavam com a carga viral indetectável (<50 cópias/mm<sup>3</sup>). Em paralelo a isso, foi observado que os participantes da pesquisa que moravam em municípios que não possuíam Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) (p<0,02) apresentavam 14,9% (IC 14,5 – 15,3) maior chance de abandonar sua terapia quando comparados aos que residiam em cidades que possuíam serviço de dispensação de antirretrovirais. **Conclusão:** esses achados apontaram que o abandono à TARV por PVHA pode ter uma associação com a distribuição espacial das UDM. Para tanto, descentralizar o acesso aos antirretrovirais é uma estratégia que poderá repercutir positivamente na qualidade de vida e aumentar o tempo de sobrevivência dos pacientes da região Sul do Brasil.

**Palavras-chave:** acesso aos serviços de saúde, adesão a medicamentos, HIV, terapia antirretroviral de alta atividade e síndrome da imunodeficiência.

## Can the absence of drug dispensing units in municipalities influence the abandonment of treatment by people living with HIV/AIDS?

## Abstract

**Objective:** to verify the existence of an association between abandonment to antiretroviral therapy (ART) by PLWHA and the lack of dispensing service in municipalities located in southern Brazil. **Methods:** an exploratory and analytical study was carried out based on records of People Living with HIV/AIDS (PLWHA) abandoning antiretroviral therapy (ART) in the South region of Brazil. We included the record of individuals who had not taken their medications for at least one hundred days. Data were collected through the Drugs Management System (SICLON), Clinical Monitoring System of People Living with HIV/AIDS (SIMC) and Laboratory Test Control System (SISCEL), from October to November 2022, referring to records of users dated between 1986 and 2022. **Results:** the records of 21,861 users were checked. The mean abandonment rate was 814±831.7 days, ranging from 101 to 4,276 days. Most PLWHA on ART lived in Rio Grande do Sul (n=10,951; 50.1%), one of the states with the highest incidence of AIDS. Regarding the other socio-demographic characteristics, it was revealed that most were male (n=12,300; 56.4%), living in the countryside (n=15,905; 72.8%), with a mean age of 42.1±13.0, white (n=13,053; 59.7%) and with 4 to 7 years of schooling (n=6,192; 28.3%). The average time of ART use was 7.9±2.1 years, and 49.0% (n=10,718) of PLWHA before abandoning treatment had an undetectable viral load (<50 copies/mm<sup>3</sup>). In parallel to this, it was observed that the research participants who lived in cities that did not have Drug Dispensing Units (DDU) (p<0.02) had a 14.9% (CI 14.5- 15.3) higher chance of abandoning their therapy when compared to those who lived in cities that had antiretroviral dispensing service. **Conclusion:** these findings pointed out that the abandonment of ART by PLWHA may be associated with the spatial distribution of DDUs. Therefore, decentralizing access to antiretroviral drugs is a strategy that can positively impact the quality of life and increase the survival time of patients in southern Brazil.

**Keywords:** access to health services, medication support, HIV, high-activity antiretroviral therapy and acquired immunodeficiency syndrome.



## Introdução

No enfrentamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS em inglês), o Brasil assumiu o compromisso com a Organização Mundial da Saúde (OMS) de atingir a meta 95-95-95 até 2030, na qual 95% das pessoas com HIV são diagnosticadas, dessas, 95% em Terapia Antirretroviral (TARV) e, dessas, 95% em carga viral indetectável<sup>1</sup>. Tal situação requer cuidados contínuos, incorporando diagnóstico oportuno, vínculo, acompanhamento e exames periódicos do usuário, adesão ao tratamento e supressão da carga viral. Para atingir esses propósitos, devem ser adotadas metodologias assistenciais e gerenciais para o cuidado compartilhado com os pacientes, e esse compromisso deve ser estendido a toda a sociedade<sup>2</sup>.

Quanto aos fatores associados à adesão ao tratamento pela Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), é possível observar na literatura que a condição socioeconômica, o estigma, o tempo de espera no serviço de saúde, a disponibilidade de medicamentos, os aspectos neuropsicológicos e religiosidade, a qualidade do cuidado, o regime medicamentoso e os efeitos colaterais são condições que frequentemente interferem na plena adesão à TARV<sup>3-5</sup>.

Sob esses aspectos, um dos fatores que merece destaque está relacionado com a acessibilidade do usuário ao seu tratamento. Assim, barreiras de acesso, como o deslocamento da PVHA para retirada de seus medicamentos em outro município, podem acarretar perda de segmento terapêutico, uma vez que o usuário, normalmente, é o responsável por arcar financeiramente pela sua locomoção e, além disso, pode ter sua renda comprometida, particularmente para aqueles indivíduos que trabalham por produção ou de forma autônoma<sup>6</sup>.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em novembro de 2022, havia 5.568 municípios no Brasil. A região Nordeste é a que contempla o maior número de cidades, seguida da região Sudeste, com 1.794 e 1.668, respectivamente<sup>7</sup>. Tratando-se do número de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), destinadas à dispensação da TARV, medicamentos para Infecções Oportunistas (IO), e insumos de prevenção para o HIV, às Hepatites Virais (HV) e as outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), havia, até novembro de 2022, 1.315 serviços. A região Sul é uma das que apresenta o menor número de UDM, com 224 unidades, em 179 territórios, do total de 1.191 municípios, o que representa uma proporção UDM/municípios

de 1:0,2. Contudo, entre os três estados da região Sul, observa-se PVHA em tratamento em todos os territórios<sup>8-9</sup>.

Além disso, dados do monitoramento clínico do HIV, documento publicado em 2021 pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), aponta que até meados de 2021 havia 852 mil PVHA, das quais apenas 700 mil (76%) estavam em tratamento. Na região Sul, a proporção de indivíduos diagnosticados e em TARV era de 79%<sup>1</sup>. Dessa forma, considerando que a distribuição de UDM nas cidades brasileiras pode ser considerado um gargalo no acesso e retenção ao tratamento pelos usuários, o presente trabalho teve por objetivo verificar a existência de associação entre o abandono à TARV por PVHA e a não disponibilização de serviço de dispensação em municípios situados na região Sul do Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, tendo em vista que se pretendeu verificar a existência de associação entre o abandono pelas PVHA à TARV e distribuição espacial das UDM. Dessa forma, foram incluídos na análise descritiva os registros de usuários em TARV com pelo menos 100 dias sem receber medicamentos, conforme parte da metodologia utilizada no trabalho de Kerbauy *et al*<sup>10</sup>. Contudo, para análise univariável, foram considerados os usuários que retiraram a TARV na UDM no período inferior a 100 dias da coleta de dados. Excluíram-se, os usuários com suspeita de óbito ou que foram transferidos para UDM que não utilizavam o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), módulo operacional, bem como as PVHA que residiam em cidades que não pertenciam à relação de municípios da região Sul do Brasil e os indivíduos que estavam com registrados como óbito no sistema de dispensação<sup>8</sup>.

Os dados foram coletados na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), por meio do SICLOM, Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL); e tabulados no *software Microsoft Excel*<sup>®</sup>, versão 2017, de outubro a novembro de 2022, em referência aos usuários diagnosticados no período de 1986 a 2022. As variáveis selecionadas estão descritas no Quadro 1.

Figura 1. Variáveis selecionadas para análise dos dados. 2022.

Dados sociodemográficos	
Estado	Estado de residência do paciente: Paraná, Santa Catarina ou Rio Grande do Sul
Sexo	Se masculino ou feminino
Dias em atraso de dispensa	Quantidade calculada em dias
Município de residência	Território no qual reside o paciente
Município da unidade dispensadora de medicamentos	Território no qual o paciente retirou seus antirretrovirais pela última vez
Data de nascimento	Data de nascimento em dia, mês e ano do usuário em terapia antirretroviral
Raça/cor	Se branca, preta, amarela, parda, indígena, não informada ou ignorado
Escolaridade	De 1 a 3 anos; de 4 a 7 anos; de 8 a 12 anos; de 12 anos ou mais; não informada ou ignorada
Situação de rua	Variável do tipo dummy (Sim/não)
Data do cadastramento	Data de cadastramento do paciente em dia, mês e ano
Dados clínicos	
Paciente coinfectado	Se coinfeção por tuberculose, hepatites b e/ou c
Exame de carga viral	Faixa etária do último exame de carga viral: se < 50; 50-1.000 ou > 1.000 cópias/mm <sup>3</sup>
Tempo de liberação da última carga viral	Tempo, em dias, da liberação do último exame
Esquema terapêutico	Combinação de antirretrovirais dispensados ao usuário na última visita à farmácia.
Origem do acompanhamento médico	Se público ou privado

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).



A análise estatística foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Science*<sup>®</sup>, e descrita de forma inferencial, por meio de média, frequências relativa e absoluta, e desvio padrão. Além disso, realizou-se análise univariável, através do teste do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, para verificar a associação entre o abandono à TARV e a distribuição territorial das UDM. Para tanto, utilizou-se uma tabela do tipo 2x2, nos quais, na primeira coluna, foram adicionados os indivíduos que estavam em abandono da TARV (>100 dias sem retirar a TARV); e, na segunda coluna, os indivíduos que estavam em uso regular da TARV (retiraram a TARV nos últimos 100 dias), em razão daqueles que moravam em municípios na qual a UDM estava implementada ou não. Considerou resultado estatisticamente significativo aquele que apresentou valor de p menor que 0,05 e intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

O Sul do Brasil foi escolhido para este estudo por ser a segunda região do país com o menor número de municípios e, também, a segunda maior prevalência de AIDS, com taxas, em 2020, que chegaram a 22%/100.000 habitantes<sup>9</sup>.

O consentimento informado por escrito dos indivíduos, a anuência dos coordenadores de serviços e a aprovação ética não foram necessários, pois esta foi uma análise retrospectiva de dados de vigilância totalmente anônimos coletados durante o monitoramento rotineiro de PVHA.

## Resultados

O SICLOM retornou dados de 146.358 PVHA em tratamento na região Sul do Brasil; contudo, apenas 21.861 indivíduos foram incluídos na análise descritiva. A média de dias de abandono dos usuários foi de 814±831,7, com variação de 101 a 4.276 dias. Com relação à distribuição espacial das PVHA, a maioria era do Rio Grande do Sul (n=10.951; 50,1%), seguida do estado do Paraná (n=6.166; 28,2%). Quanto às demais características sociodemográficas dos indivíduos, observou-se que a maioria era do sexo masculino (n=12.300; 56,4%), residentes no interior (n=15.905; 72,8%), com faixa etária entre 30-39 anos (n= 6.047; 4,1%); média de idade de 42,1±13,0 (variação de 0 a 93 anos), raça/cor branca (n=13.053; 59,7%) e com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo (n=6.192; 28,3%). As PVHA em situação de rua representaram 0,9% (n=197) da população estudada (Tabela 1).

Com relação ao tempo de tratamento, encontrou-se registros de uso com início há 36 anos, logo no início da epidemia de HIV/AIDS, na década de 80, no Brasil. A média de tempo de início da terapia foi 7,9±2,1 anos. No que se refere à origem do acompanhamento médico, a maioria das PVHA era atendida no Sistema Único de Saúde (SUS) (n=11.462; 52,4%).

No tocante aos dados clínicos dos indivíduos, observou-se que o esquema mais envolvido no abandono da TARV foi o Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Efavirenz (EFZ) 600mg; 25,4% (n=5.542), seguido pelo TDF 300mg + 3TC 300mg e Dolutegravir (DTG) 50mg; 11,9% (n=2.592); e, TDF 300mg + 3TC 300mg e Raltegravir (RAL) 400mg; 6,3% (n=1.387). Ao todo foram observadas 74 combinações de antirretrovirais. 49,0% (n=10.718) das PVHA antes do abandono do tratamento estavam com a carga viral indetectável (<50 cópias/mm<sup>3</sup>). Adicionalmente, 13,8% (n=3.009) dos indivíduos estavam coinfectados com tuberculose, 2,8% (n= 612) com HBV, 0,3% (n=57) com HCV e seis indivíduos com coinfeção HIV-HBV-HCV (Tabela 2).

Além disso, o principal parâmetro analisado, diz respeito ao local no qual as PVHA estudadas retiravam seu tratamento antes do abandono, quanto à disposição de UDM em seu território. Dessa

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/AIDS em abandono de terapia antirretroviral na região Sul do Brasil. 2022.

Sexo	n (%)
Masculino	12.300 (56,3)
Feminino	9.561 (43,7)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Estado de residência	n (%)
Paraná	6.166 (28,2)
Rio Grande do Sul	10.951 (50,1)
Santa Catarina	4.744 (21,7)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Local de residência	n (%)
Capital	5.956 (27,2)
Interior	15.905 (72,8)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Faixa etária	n (%)
0-9	37 (0,2)
10-19	218 (1,0)
20-29	3.751 (17,2)
30-39	6.067 (27,8)
40-49	5.816 (26,6)
50-59	3.624 (16,6)
60-69	1.673 (7,7)
70-79	534 (2,4)
80+	141 (0,6)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Raça/Cor	n (%)
Amarela	106 (0,5)
Branca	13.053 (59,7)
Ignorada	216 (1,0)
Indígena	44 (0,2)
Não informada	2.581 (11,8)
Parda	3.150 (14,4)
Preta	2.711 (12,4)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Escolaridade	n (%)
De 1 a 3 anos	1.591 (7,3)
De 4 a 7 anos	6.192 (28,3)
De 8 a 11 anos	5.413 (24,8)
12 anos ou mais	2.308 (10,6)
Ignorado	581 (2,7)
Não informado	5.776 (26,4)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>
Situação de rua	n (%)
Não	21.664 (99,1)
Sim	197 (0,9)
<b>Total</b>	<b>21.861 (100,0)</b>

forma, revelou-se que 22,4% (n=4.900) dos participantes estudados moravam em municípios que não possuíam serviço de dispensação de ARV. Para esses indivíduos, a média de dias de abandono foi de 820,5±831,7, superior à média daqueles que moravam em municípios que contavam com UDM na rede de saúde, que foi de 811,8±831,5. Foi observado, também, que os indivíduos que moravam em municípios que não possuíam UDM (p<0,002), com base no Odds Ratio ajustado, tinham 15,5% (IC 15,1 – 15,9) maior chance de abandonar seu tratamento quando comparados aos que residiam em cidades que a UDM estava implementada (Quadro 2).

**Tabela 2.** Dados clínicos dos usuários em abandono de terapia antirretroviral na região Sul do Brasil. 2022.

Esquema antirretroviral	n (%)
TDF 300mg+3TC 300mg+EFZ 600mg	5.542 (25,4)
TDF 300mg+3TC 300mg + DTG 50mg	2.592 (11,9)
TDF 300mg+3TC 300mg + RAL 400mg	1.387 (6,3)
AZT 300mg+3TC 150mg+ATV 300mg+RTV 100mg	259 (1,2)
Outros	12.081 (55,3)
Total	21.861 (100,0)
<b>Última carga viral</b>	<b>n (%)</b>
<50	10.718 (49,0)
de 51 a 1.000	4.876 (22,3)
>1.000	6.267 (28,7)
Total	21.861 (100,0)
<b>Coinfecção TB-HIV</b>	<b>n (%)</b>
Sim	3.009 (13,8)
Não	18.852 (86,2)
Total	21.861 (100,0)
Coinfecção HBV-HIV	n (%)
Sim	612 (2,8)
Não	21.249 (97,2)
Total	21.861 (100,0)
<b>Coinfecção HCV-HIV</b>	<b>n (%)</b>
Sim	57 (0,3)
Não	21.804 (99,7)
Total	21.861 (100,0)

Siglas: Tenofovir (TDF); Lamivudina (3TC); Efavirenz (EFZ); Dolutegravir (DTG); Raltegravir (RAL); Zidovudina (AZT); Atazanavir (ATV); Ritonavir (RTV); Tuberculose (TB); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); Hepatite B Viral (HBV); Hepatite C Viral (HCV). Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

**Figura 2.** Influência da presença de unidade dispensadora de medicamentos, de acordo com sua disposição ou não no município de residência da pessoa vivendo com HIV/Aids, sob a adesão à terapia antirretroviral.

Dispensação da TARV	>100 dias sem retirar a TARV	<100 dias sem retirar a TARV	Total
Residente em Município sem UDM	4.900	26.776	31.676
Residente em Município com UDM	16.961	97.721	114.682
<b>Total</b>	<b>21.861</b>	<b>124.500</b>	<b>146.358</b>

Qui-Figura de Person ou Exato de Fischer. P < 0,02; OR ajustado 15,5% (IC 15,1 – 16,9). Siglas: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids), Terapia Antirretroviral (TARV), Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

## Discussão

Desde 2013 o MS recomenda o início célere e ininterrupto da TARV pelas PVHA, como uma das estratégias de prevenção combinada, uma vez que os indivíduos com carga viral indetectável para o HIV (<50 cópias/mm<sup>3</sup>) são intransmissíveis, além de minimizar as complicações causadas pela infecção, a exemplo das infecções oportunistas associadas à AIDS, e contribuir para o alcance das metas 95-95-95. Entende-se como prevenção combinada o conjunto de estratégias que utiliza diferentes formas de abordagens para dar uma resposta ao HIV e outras IST. Essas estratégias podem ser estruturais, comportamentais e biomédicas, e podem ser aplicadas de maneira que atinja múltiplos públicos nos níveis individual, social, comunitário e entre relacionamentos<sup>11</sup>.

Dessa forma, foi observado que quase 15% das PVHA em TARV na região Sul não aderiram ao tratamento, com destaque para o Rio Grande do Sul, estado brasileiro com significativos números de casos HIV/AIDS, com taxas de abandono que superaram 50% dos registros analisados. Apesar da redução da mortalidade tendo como causa base a AIDS, ao longo dos anos, em razão do célere diagnóstico, com possibilidade de início imediato da TARV, independentemente da carga viral para o HIV e dos níveis de linfócitos T CD4, o Rio Grande do Sul, em 2020, apresentou coeficiente de mortalidade de 7,2/100 mil habitantes, o maior do Brasil, e 3,1 vezes maior do que o do Acre, estado com menor coeficiente, com 2,3/100 mil habitantes<sup>9</sup>.

Além disso, foi percebido que os indivíduos que mais abandonaram o seu tratamento são, predominantemente, adultos jovens, do sexo masculino, residentes no interior do estado e com baixa escolaridade (4 a 7 anos de estudos). Cumpre destacar que o maior número de notificações de HIV/AIDS em indivíduos do sexo masculino acompanha a prevalência da distribuição dos casos em âmbito global e nacional, com 64% e 65,3% das notificações em homens, respectivamente. No país, a taxa de detecção para esse grupo tem apresentado tendência de aumento, chegando a 25,8/100 mil habitantes<sup>12</sup>.

Ademais, historicamente os homens são menos propensos aos cuidados com a saúde. De forma geral, o estilo de vida do homem e o seu comportamento em saúde seriam fortemente influenciados por questões culturais, o que o colocaria em maior risco, quando comparado às mulheres<sup>13</sup>. Ressalta-se, ainda, a idade jovem dos indivíduos, corroborando outros estudos que encontraram resultados semelhantes<sup>14-15</sup>.

No que diz respeito ao baixo nível de escolaridade dos participantes, segundo Souza *et al.*<sup>13</sup> um maior nível de escolaridade favorece a compreensão sobre a patologia e a terapêutica medicamentosa, refletindo em uma maior adesão ao tratamento, o que também foi observado na pesquisa de Myiada *et al.*<sup>16</sup>. Por outro lado, o baixo nível de escolaridade tem demonstrado uma alteração no perfil do paciente infectado e uma relação não só com a adesão ao tratamento, mas também com a própria infecção pelo vírus<sup>13</sup>.

Outro elemento importante é o tempo de início da TARV dos usuários, com indivíduos que iniciaram seu tratamento logo após a notificação dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil. Um estudo de coorte brasileiro estimou uma sobrevida média de 5 meses, para casos diagnosticados na década de 1980, 18 meses para os diagnosticados em 1995 e 58 meses para os diagnosticados em 1996, enquanto que um estudo realizado 2021, no estado de Alagoas, revelou sobrevida média de 98 meses<sup>17-18</sup>. O aumento da sobrevida das PVHA, ao longo dos anos, pode estar relacionado com a ampliação do diagnóstico do HIV, do início célere da TARV, e da alta efetividade dos esquemas terapêuticos<sup>19</sup>.

Com relação aos esquemas utilizados pelos pacientes antes do abandono, identificou-se que os mais envolvidos, de acordo com as recomendações atuais do MS, foi o de primeira linha de tratamento para adultos vivendo com HIV/AIDS, coinfectados pela tuberculose sem critérios de gravidade; TDF 300mg+3TC 300mg+EFZ 600mg, com critérios de gravidade para tuberculose, a exemplo dos usuários com CD4<200 cél/mm<sup>3</sup>; TDF 300mg+3TC 300mg e RAL 400mg, crianças (a partir dos 6 anos de idade) e adultos vivendo com HIV/AIDS; caracterizado pelo esquema TDF+3TC e DTG<sup>11</sup>. Cumpre ressaltar, também, que o esquema TDF 300mg+3TC 300mg+EFZ 600mg é seguro e eficaz nas PVHA coinfectados por HBV, com capacidade de suprimir a carga viral dos agentes envolvidos em ambas as infecções<sup>20</sup>. Além disso, também chama atenção a diversidade de esquemas que eram utilizados pelos usuários.

No que tange, ainda, o número de elevados de PVHA coinfectadas com tuberculose, vale reforçar que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum em PVHA, com alto risco de progressão da doença. Desse modo, a infecção pelo HIV não tratada resulta em uma redução progressiva na contagem de linfócitos T CD4, o que aumenta o risco de progressão da tuberculose ativa. Por sua vez, a tuberculose pode exacerbar a infecção pelo HIV, uma vez que já foi observado o aumento da carga viral do HIV nos pulmões, sangue e líquido cefalorraquidiano em PVHA coinfectadas pela tuberculose, aumentando consideravelmente o risco de morte, caso o quadro clínico do indivíduo não seja revertido a tempo<sup>21</sup>.

Adicionalmente, outro aspecto que chamou atenção, e ao mesmo é preocupante, é o fato da maioria dos usuários em abandono da TARV, à época, estarem com a carga viral indetectável. Isso permite inferir que o bom estado clínico do usuário pode dar a sensação ao mesmo do controle da infecção, ao ponto de negligenciar seu tratamento, o que é comum nas doenças com perfil crônico com remissão dos sintomas<sup>22</sup>. Esse resultado corrobora com os achados de Candido *et al.*, a qual identificou o perfil sociodemográfico e o nível de adesão à TARV de mulheres atendidas em uma unidade de referência no interior do Pará, Norte do Brasil<sup>23</sup>.

Em paralelo a isso, evidenciou-se que os indivíduos que moram em territórios no qual não há a dispensação de TARV podem ter a sua plena adesão ao tratamento prejudicada. Considerando esse contexto, de acordo com Folyan *et al.*, a necessidade de viajar para retirada do tratamento em outros municípios e, conseqüente, os custos com o deslocamento é uma das causas que levam ao abandono da terapia<sup>24</sup>. Não obstante, para Onwujekwe *et al.*, entre os principais fatores limitantes para alcançar a cobertura universal à TARV está a centralização das unidades de dispensação em serviços secundários e terciários, localizados principalmente em grandes centros. A descentralização eficiente das UDM é recomendada como uma estratégia fundamental para melhoria do acesso ao tratamento<sup>25</sup>. Sendo assim, apesar do estigma e discriminação relatados comumente pelas PVHA, no que diz respeito a sua condição sorológica, talvez ter pontos de dispensação mais próximo do usuário diminua as barreiras de acesso ao tratamento. Diante disso, o MS prevê pontos de dispensação de TARV em serviços que atendam a partir de 50 usuários<sup>26</sup>.

Esses resultados apontam para a importância da participação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da morbimortalidade associada à infecção, especialmente, considerando o perfil crônico que a infecção passou a apresentar, a partir de 2013, quando a TARV foi recomendada para todos as PVHA, independente da carga viral e/ou CD4. Na Nigéria, para alcançar a acessibilidade geográfica dos serviços de atenção ao HIV/AIDS, houve a descentralização da assistência para serviços de APS<sup>27</sup>. No Brasil, a partir de 2013, o MS também passou a implementar diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento das PVHA com quadro de baixo risco na APS. Alguns municípios com grandes investimentos e estruturação da APS, a exemplo de Curitiba e Rio de Janeiro, passaram efetivamente a descentralizar o cuidado prestado às PVHA para serviços de atenção básica. Isso permitiu que a APS fornecesse serviços que antes eram apenas vistos nos níveis secundário e terciário<sup>17,28</sup>.

Algumas limitações deste estudo devem ser observadas. Os dados utilizados são baseados em registros de sistemas de informação e, portanto, existe chance de subnotificação dos casos e de imprecisão da qualidade. A incompletude e a ausência de outras informações pessoais impediram que outras variáveis fossem incluídas na análise. Apesar disso, foi levantado dados de uma

amostra representatividade de usuários em abandono, com evidentes resultados significativos. Essas informações podem servir de base para comparação com outros estudos e para o planejamento de estratégias vinculadas a políticas de saúde. Sugere-se, em estudos futuros, investigar a influência da distância percorrida dos usuários sob o abandono da TARV.

## Conclusão

Os achados alcançados demonstraram que pode haver associação entre o abandono à TARV entre PVHA que residiam em municípios onde a UDM não está implementada em comparação àqueles usuários que residem em municípios na qual o serviço de dispensação de ARV está prontamente disponível. Sob esse aspecto, e no intuito de ampliar o tempo de sobrevida das PVHA na região Sul do Brasil, sugere-se descentralizar o acesso ao tratamento para outros pontos de cuidado, como a atenção primária à saúde, o que poderá repercutir na qualidade de vida de PVHA, bem como contribuir para o alcance das metas 95-95-95 no Brasil, em especial, a retenção ao tratamento, obtenção e manutenção da carga viral suprimida. Vale ressaltar, ainda, a importância do farmacêutico e de outros atores envolvidos na assistência à saúde na busca ativa desses usuários e na revinculação aos serviços de saúde.

## Fontes de financiamento

Não houve auxílio financeiro para execução desta pesquisa.

## Colaboradores

FAPF participou das seguintes etapas: escolha do tema e elaboração da pesquisa; levantamento, interpretação dos dados e redação do artigo. RSS colaborou com a estatística, interpretação dos resultados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

## Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram não haver de conflitos de interesses em relação a este artigo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de monitoramento clínico do HIV 2021. Brasília: Ministério da Saúde. 2022. 153 p. [internet]. Accessed jan 03, 2023. [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_monitoramento\\_clinico\\_hiv\\_2021.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2021.pdf).
2. Miranda MMF, Oliveira DR, Quirino GS, *et al.* Adesão à terapia antirretroviral por adultos vivendo com HIV/AIDS: um estudo transversal. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2): 1-9. doi:10.1590/0034-7167-2021-0019.
3. Reif LK, Abrams EJ, Arpad S, *et al.* Interventions to Improve Antiretroviral Therapy Adherence Among Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic



- Review 2015-2019. AIDS Behav. 2020; 24(10): 2797-2810. doi: 10.1007/s10461-020-02822-4.
4. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, *et al.* Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. Cienc. saúde colet. 2019; 24(7): 2543-2555. doi: 10.1590/1413-81232018247.22312017.
  5. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C. Forget about forgetting: structural barriers and severe non-adherence to antiretroviral therapy. AIDS Care. 2016; 29(4): 418-422. doi: 10.1080/09540121.2016.1220478.
  6. Bueno MAM, Simões TC, Luz TCB. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. Ciênc. saúde coletiva. 2022; 27(03): 1191-1203. doi: 10.1590/1413-81232022273.38782020.
  7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2023. [internet]. Accessed dec 22, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/>.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Consulta uma UDM. 2022a. [internet]. Accessed nov 20, 2022. <http://azt.aids.gov.br/>.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2021. Brasília: MS. 2021.72 p. [internet]. Accessed dec 02, 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>.
  10. Kerbauy G, Amaral VM, Nascimento JVS, *et al.* Pessoas vivendo com HIV em abandono do tratamento: resgate e promoção da saúde. Braz J Infect Dis. 2022; 26(2). doi: 10.1016/j.bjid.2022.102463.
  11. 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, 2018. 412 p.
  12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Blind spot: reaching out to men and boys. 2017. [internet]. Accessed dec, 2022. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/blind\\_spot\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf).
  13. Souza HC, Mota MR, Alves AR. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. Ver. Bras. Enferm. 2019; 72(5): 1295-1303. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0115.
  14. Benzaken AS, Oliveira MCP, Pereira GFM, *et al.* Presenting national HIV/ AIDS and sexually transmitted disease research in Brazil. Medicine. 2018; 97(1):S1-S2.14. doi: 10.1097/MD.00000000000010109.
  15. Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, *et al.* Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017; 22(4):1343-52. doi: 10.1590/1413-81232017224.12852015.
  16. Miyada S, Garbin AJI, Colturato R, *et al.* Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2017; 50(5): 607-12. doi: 10.1590/0037-8682-0266-2017.
  17. Melo GC, Carvalho ACA, Moreira AS, *et al.* Survival time and distance to access specialized treatment among people living with HIV/AIDS in the state of Alagoas, Brazil. Rev. bras. Epidemiol. 2021; 24 (suppl 1). doi:10.1590/1980549720210019.
  18. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. AIDS. 2003; 17(11): 1675-82. doi: 10.1097/00002030-200307250-00012.
  19. Zuber JFS, Muller EV, Borges PKO. Sobrevida de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região dos Campos Gerais, Paraná 2008-2018. Research, Society and Development. 2021; 10(1). doi: 10.33448/rsd-v10i1.11444.
  20. Amariles P, Galindo J, Mueses-Marin HF, *et al.* Efectividad y seguridad del esquema genérico lamivudina/tenofovir y efavirenz en pacientes con VIH/SIDA naïve: estudio fase IV no aleatorizado, Cali-Colombia 2012-2014. Rev. chil. Infectol. 2019; 36(1): 32-4.
  21. Hamada Y, Getahun H, Tadesse BT, *et al.* HIV-associated tuberculosis. Int J STD AIDS. 2021; 32(9): 780-790. doi: 10.1177/0956462421992257.
  22. Medeiros, LB. Fatores influentes no abandono do acompanhamento clínico ambulatorial por pessoas vivendo com HIV/Aids. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Universidade Federal da Paraíba. 2016. 126 f.
  23. Candido PGG, Amador BM, Silva FF, *et al.* Adherence to anti-retroviral therapy among women living with HIV/AIDS in the interior of the Brazilian state of Pará: cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2021; 139(2): 99-106. doi: 10.1590/1516-3180.2020.0370.R1.18112020.
  24. Folan MO, Aliyu S, Oginni A, *et al.* Effectiveness of three delivery models for promoting access to pre-exposure prophylaxis in HIV-1 serodiscordant couples in Nigeria. PLoS One. 2022, 17(5): e0268011. doi: 10.1371/journal.pone.0268011.
  25. Onwujekwe O, Chikezie I, Mbachu C, *et al.* Investigating client perception and attitude to decentralization of HIV/AIDS treatment services to primary health centres in three Nigerian states. Health Expect. 2016, (5): 1111-20. doi: 10.1111/hex.12403.
  26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a alteração na tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 de Atenção a DST/HIV/AIDS, e institui o regulamento de serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Diário Oficial da União. 17 de janeiro de 2013. Accessed jan 04, 2023. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/informes/10587-portaria-conjunta-n-01-2013-sas-svs-ms/file>.
  27. Oleribe OO, Oladipo OA, Ezieme IP, *et al.* From decentralization to commonization of HIV healthcare resources: keys to reduction in health disparity and equitable distribution of health services in Nigeria. Pan Afr Med J. 2016; 24. doi: 10.11604/pamj.2016.24.266.6286.
  28. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm. 2019, 28: 1-14. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339.