

# Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4

## Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Art and T-CD4 Counting

LIDIANNY BRAGA PEREIRA<sup>1</sup>  
JULIANA RODRIGUES DE ALBUQUERQUE<sup>2</sup>  
JACQUELINE MATIAS DOS SANTOS<sup>3</sup>  
FLÁVIO LÚCIO ALMEIDA LIMA<sup>4</sup>  
ANA ALAYDE WERBA SALDANHA<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Verificar a associação da Terapia Antirretroviral (TARV) e das células CD4 com variáveis de cunho sociodemográfico e clínico de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Material e Métodos:** Este estudo possui caráter transversal, sendo considerado *epidemiológico descritivo*. A amostra composta por 561 pessoas que vivem com HIV/AIDS, acima de 18 anos de idade, atendidas nos serviços de referência à AIDS no Estado da Paraíba, respondeu a um questionário sociodemográfico e clínico, cujos dados foram analisados através de estatística descritiva e bivariada. **Resultados:** Foram encontradas associações significativas entre o CD4 e área geográfica, com índices maiores nas cidades do interior ( $p=.02$ ) e entre o CD4 e a escolaridade, com índices maiores para a maior escolaridade ( $p=.04$ ). Ao verificar a associação entre adesão à TARV e os fatores sociodemográficos e clínicos, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis "tempo de diagnóstico" ( $p=.02$ ), "tempo de uso da TARV" ( $p=.01$ ) e o uso do medicamento Nevirapina ( $p=.05$ ). Sendo assim, observou-se que quanto maior o tempo do conhecimento do diagnóstico e quanto maior o tempo de uso da TARV, maior a adesão ao tratamento. Esta adesão parece ser maior quando em uso do medicamento Nevirapina. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a AIDS, mais que patologia, emerge como uma problemática social, perpassada por questões sociodemográficas. Nesse contexto, falar de prevenção e adesão ao tratamento com os ARV se constitui um desafio, o qual é indissociável de aspectos culturais, clínicos, sociodemográficos e psicossociais.

### DESCRIPTORIOS

Seropositividade para HIV. AIDS. CD4.

### SUMMARY

**Objective:** To investigate the association between Antiretroviral Therapy (ART) and CD4 with sociodemographic and clinical variables of people living with HIV / AIDS. **Material and Methods:** This study had a cross-sectional design, being considered descriptive-epidemiological. The sample was composed by 561 subjects living with HIV / AIDS, who answered a sociodemographic and clinical questionnaire. The data were analyzed using descriptive and bivariate statistics. **Results:** Significant associations were found between CD4 and geographic area, with higher rates in the inner cities ( $p=.02$ ) and between CD4 and education, with greater rates for higher education ( $p=.04$ ). When checking the association between adherence to ART and the sociodemographic and clinical factors, the results showed statistically significant differences in the variables "time of diagnosis" ( $p=.02$ ), "time of use of antiretroviral therapy" ( $p=.01$ ) and use of the drug nevirapine ( $p=.05$ ). Thus, it was observed that the longer the knowledge of diagnosis and use of ART, the greater the adherence to treatment. This adherence appears to be greater when using the drug nevirapine. **Conclusion:** The present study demonstrated that AIDS, rather than pathology, emerges as a social problem, pervaded by sociodemographic questions. In this context, discussing on prevention and adherence to ARVs is a challenge, which is inseparable from the cultural, clinical, sociodemographic and psychosocial aspects.

### DESCRIPTORS

HIV Seropositivity. AIDS. CD4.

- 1 Mestre em Psicologia Social (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/Universidade Federal da Paraíba/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil
- 2 Mestranda em Psicologia Social (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/Universidade Federal da Paraíba/UFPB). Bolsista CNPq. João Pessoa/PB, Brasil
- 3 Professora da Faculdade de formação de professores de Goiana/PE. Mestre em Psicologia Social (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/Universidade Federal da Paraíba/UFPB).
- 4 Doutorando em Psicologia Social (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/Universidade Federal da Paraíba/UFPB); Bolsista CAPES.
- 5 Professora do Departamento de Psicologia (Universidade Federal da Paraíba/UFPB). Doutora em Psicologia (Universidade de São Paulo/USP). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (Diretório CNPq).

Em 1996, o Programa Nacional de DST/AIDS lança o primeiro consenso em tratamento ao HIV/AIDS e sua distribuição através de seu sistema público de saúde. A introdução dos antirretrovirais (ARV) e da terapia antirretroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), bem como a implementação da política de acesso universal a esses medicamentos, representou grande marco de mudanças no que se refere ao tratamento e à progressão da infecção pelo vírus HIV. Com seu advento, a Terapia Antirretroviral (TARV) proporcionou novo prognóstico para as pessoas soropositivas sendo responsável por decréscimo nas taxas de mortalidade e aumento da sobrevida nos casos da doença. Estas evidências ajudaram a redirecionar o interesse científico, outrora focalizado na letalidade e consequências negativas da infecção, para o viver/conviver com HIV/AIDS (SILVEIRA, 2006, SEIDL, 2005, BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000, BRASIL, 2010).

O principal objetivo da TARV consiste em, através da inibição da replicação viral, retardar o progresso da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, contribuindo para o aumento do tempo e da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/AIDS. Atualmente, as políticas de saúde recomendam o início da TARV sob os seguintes aspectos: “... pacientes com manifestações clínicas associadas ao HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ e da carga viral plasmática, e para aqueles com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>, independentemente da presença de sintomas ou da magnitude da carga viral” (BRASIL, 2005). Não obstante, apesar dos ARV terem reconfigurado a epidemia HIV/AIDS, um desafio que hoje se apresenta diz respeito à adesão ao tratamento. Estudos demonstram que apenas 37% a 85,8% dos pacientes soropositivos aderem à profilaxia (BLATT *et al.*, 2009).

A utilização de diferentes esquemas de TARV é recomendada, uma vez que podem ser eficazes quanto à supressão da replicação do HIV, bem como contribuir no melhoramento dos parâmetros imunológicos e da qualidade de vida das pessoas (TIBÚRCIO, 2010a). Tem sido demonstrado que o surgimento de falhas na adesão ao tratamento está relacionado com o aumento no risco de uma incompleta supressão viral ocasionando no desenvolvimento de cepas virais resistentes aos medicamentos (MURPHY *et al.*, 2003).

Além do advento da terapia, outras mudanças epidemiológicas ajudaram os estudiosos a concentrar a atenção em aspectos psicossociais do HIV/AIDS. Inicialmente atingindo os considerados “grupos de risco”, a epidemia foi deparando-se com um novo quadro, marcado pelos processos de *heterossexualização*,

*feminização*, *interiorização* e *pauperização*. Dessa forma, observa-se o quanto os aspectos de caráter social tem influenciado na história natural da epidemia, o que torna toda sociedade vulnerável a esta infecção e demonstra o caráter pandêmico multifacetado dado à AIDS (RODRIGUES-JÚNIOR, CASTILHO, 2004, BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000).

Referente à *feminização* da epidemia, sabe-se que ela acontece concomitante ao aumento da incidência de casos na população heterossexual, ou seja, a *heterossexualização*, desmitificando a idéia inicial de que a doença atingia apenas os “grupos de risco”. A infecção do HIV pelas mulheres tem crescido por motivos diversos que vão desde as características biológicas e anatômicas femininas, que facilita três vezes mais a transmissão do vírus quando comparado ao homem, perpassando pelas questões de gênero imbricadas nas relações humanas que marginalizam a mulher de decisões afetivo-sexuais tornando-as assim mais vulneráveis (GUEDES *et al.*, 2009).

No que concerne à *pauperização* da epidemia, a literatura indica o crescimento de casos em meio a pessoas com baixa escolaridade e menor poder aquisitivo (GABRIEL, BARBOSA, VIANA, 2005, RODRIGUES-JÚNIOR, CASTILHO, 2004), fato que reforça a preocupação com aspectos psicossociais envolvidos na disseminação da infecção. Pode-se verificar que este processo de *pauperização* está diretamente ligado à *interiorização* da epidemia, uma vez que, apesar de inicialmente atingir os grandes centros urbanos, os estudos mostram que a disseminação espacial para pequenos municípios tem crescido cada vez mais (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000, SILVA, SALDANHA, AZEVEDO, 2010).

Sobre a adesão ao tratamento, pesquisas apontam as variáveis sócio-demográficas, a exemplo de sexo, idade, etnia, escolaridade e renda, como intervenientes na adesão a TARV, com destaque para a escolaridade, uma vez que há uma associação significativa satisfatória da adesão em pessoas com maior nível de instrução (SEIDL *et al.*, 2007).

Diante destes pressupostos, verifica-se a importância em analisar o HIV/AIDS como um problema de saúde pública e coletiva fortemente influenciado por aspectos sociodemográficos e psicossociais. Destarte, o estudo em questão tem como objetivo principal verificar a associação da TARV e da contagem das células CD4 com variáveis de cunho sociodemográfico e clínico de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo possui um caráter transversal, podendo ser considerado *epidemiológico descritivo*, cujo *design* possibilita a determinação da prevalência das variáveis estudadas.

A população consiste de pessoas soropositivas para o HIV acima de 18 anos atendidas nos serviços de referência à AIDS no Estado da Paraíba, estimada em 2.856 pacientes, segundo dados do DATASUS (2010). O planejamento amostral foi efetuado considerando um intervalo de confiança de 95%; erro de 2%. Assim, a amostra por conveniência foi composta por 561 pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo 433 atendidas em serviços de atendimento especializado em João Pessoa, Santa Rita, Cabedelo e Bayeux (área metropolitana) e 128 atendidas em Campina Grande.

Como instrumento foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico, no qual a primeira parte teve por finalidade caracterizar os participantes através de informações como: sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar, situação conjugal, local de residência, nível de religiosidade. E a segunda parte investigou os dados clínicos, tais como: tempo de infecção diagnosticada e de tratamento, via de contágio, tempo de uso da TARV, medicamentos utilizados, doenças oportunistas. Os dados referentes à contagem de CD4 e medicamentos utilizados foram obtidos através de consulta aos prontuários dos participantes.

Para a análise dos dados foi construído um banco de dados a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows – versão 18. Os dados sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Em seguida, se procedeu às análises estatísticas das variáveis, com a realização de testes bivariados (qui-quadrado e correlação) para verificação de associações entre as variáveis do estudo.

## RESULTADOS

Ao se analisar o perfil sociodemográfico dos participantes, foi possível verificar alguns dados que correspondem à atual tendência da epidemia no que diz respeito ao sexo e aos fatores socioeconômicos, por exemplo, conforme podem ser observados na Tabela 1.

No tocante ao sexo, emergiram diferenças estatisticamente significativas através da análise da associação entre variáveis (qui-quadrado), a saber:

- a) menor escolaridade entre as mulheres ( $\chi^2 = 21,742$ ;  $p = 0,00$ ), uma vez que os homens apresentaram maior escolaridade, princi-

palmente no que se refere ao ensino médio e superior;

- b) a maioria dos participantes casados ou viúvos são mulheres, já os que se declararam solteiros ou divorciados são em sua maioria homens ( $\chi^2 = 36,596$ ;  $p = 0,00$ );
- c) o número de filhos é maior entre as mulheres que entre os homens ( $\chi^2 = 78,390$ ;  $p = 0,00$ );
- d) em relação à religião e religiosidade, verificaram-se diferenças estatísticas no aumento da religiosidade após o diagnóstico entre os homens ( $\chi^2 = 5,388$ ;  $p = 0,013$ );
- e) na situação laboral, observou-se maior inserção masculina no mercado de trabalho ( $\chi^2 = 35,335$ ;  $p = 0,00$ ), bem como maior renda familiar mensal quando comparado com as mulheres ( $\chi^2 = 12,692$ ;  $p = 0,005$ ).

No que se refere à caracterização clínica dos participantes, deve-se considerar que os dados aqui apresentados referem-se a pessoas atendidas em serviços especializados para o tratamento de pessoas que vivem com o HIV/AIDS, estando a maioria fazendo uso da terapia antirretroviral combinada. Estes e outros dados clínicos podem ser observados na Tabela 2.

Verificou-se que 43% dos participantes receberam o diagnóstico há mais de 6 anos e o tempo de diagnóstico variou entre 1 e 26 anos, com média de 6 anos (DP=4,5).

O uso da TARV foi afirmado por 83% dos participantes, cujo tempo de uso dos ARV variou de 1 a 24 anos (M=5,3; DP=3,9), a maioria motivada pela carga viral (64%). Grande parte dos participantes fez uma avaliação positiva do uso da TARV, com 76% referindo melhora de sua condição de saúde, 19% referindo não ter havido modificações e apenas 6% referindo piora, geralmente associando aos efeitos colaterais. Não obstante ao uso da TARV, percebe-se que 43% dos participantes já apresentaram doenças oportunistas, com destaque para as infecções bacterianas pulmonares, como a tuberculose e a pneumonia.

Houve predominância de um esquema terapêutico envolvendo três medicamentos em 253 participantes, correspondendo a 45% da amostra. A respeito dos demais participantes, 4% (N=21) indicaram fazer uso de um só medicamento; 11% (N=62) usam dois medicamentos; 7% (N=42) usam quatro medicamentos; 0,7% (N=4) usam cinco medicamentos e 11% (N=61) afirmaram não fazer uso de medicamentos. Ressalta-se que não foi possível acessar os dados de 118 participantes. Na tabela 3, estão descritos os medicamentos utilizados pelos participantes.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com HIV atendidas em hospitais de referência do Estado da Paraíba em 2009, participantes da pesquisa (N=561)

| Variáveis                        |                      | n   | %**  |
|----------------------------------|----------------------|-----|------|
| Local de Coleta                  | Capital              | 408 | 73%  |
|                                  | Interior             | 153 | 27%  |
| Faixa Etária                     | 18 - 29 anos         | 93  | 17%  |
|                                  | 30 - 39 anos         | 204 | 36%  |
|                                  | 40 - 49 anos         | 178 | 32%  |
|                                  | 50 a 59 anos         | 71  | 13%  |
|                                  | Acima de 60 anos     | 15  | 3%   |
| Sexo                             | Masculino            | 312 | 56%  |
|                                  | Feminino             | 249 | 44%  |
| Escolaridade                     | Sem Escolaridade     | 117 | 21%  |
|                                  | Fundamental          | 279 | 50%  |
|                                  | Médio                | 117 | 21%  |
|                                  | Superior             | 48  | 9%   |
| Estado Civil                     | Solteiro             | 219 | 39%  |
|                                  | Casado/Convivente    | 231 | 41%  |
|                                  | Separado/Divorciado  | 60  | 11%  |
|                                  | Viúvo                | 51  | 9%   |
| Filhos                           | Nenhum               | 182 | 32%  |
|                                  | 1 - 3 filhos         | 313 | 56%  |
|                                  | 4 - 6 filhos         | 56  | 10%  |
|                                  | Acima de 7 filhos    | 10  | 2%   |
| Situação Laboral                 | Empregado            | 321 | 57%  |
|                                  | Desempregado         | 124 | 22%  |
|                                  | Aposentado           | 116 | 21%  |
| Renda Mensal*                    | Menor que 2 salários | 421 | 75%  |
|                                  | 2 - 5 salários       | 123 | 22%  |
|                                  | 6 - 10 salários      | 15  | 2,5% |
|                                  | Acima de 10 salários | 2   | 0,5% |
| Religião                         | Católica             | 322 | 57%  |
|                                  | Evangélica           | 135 | 24%  |
|                                  | Outras               | 34  | 6%   |
|                                  | Nenhuma              | 70  | 13%  |
| Religiosidade                    | Nenhuma              | 43  | 8%   |
|                                  | Quase nada           | 45  | 8%   |
|                                  | Pouco                | 247 | 44%  |
|                                  | Muito                | 226 | 40%  |
| Religiosidade após o diagnóstico | Aumentou             | 281 | 53%  |
|                                  | Não aumentou         | 251 | 47%  |

\*Salário mínimo vigente no momento da coleta (em 2009): R\$465,00

\*\* Percentual válido

**Tabela 2** – Perfil clínico das pessoas que vivem com HIV atendidas em hospitais de referência do Estado da Paraíba em 2009, participantes da pesquisa (N=561)

| Variáveis                        | n                  | %*  |     |
|----------------------------------|--------------------|-----|-----|
| Tempo de diagnóstico             | < 2 anos           | 114 | 21% |
|                                  | 2 – 5 anos         | 198 | 36% |
|                                  | 6 – 10 anos        | 160 | 29% |
|                                  | >10 anos           | 76  | 14% |
| Forma de Contágio                | Heterossexual      | 384 | 71% |
|                                  | Homossexual        | 111 | 20% |
|                                  | Sanguínea          | 24  | 4%  |
|                                  | UDI                | 2   | 1%  |
|                                  | Não sabe           | 23  | 4%  |
| Estágio do HIV                   | Sintomática        | 240 | 43% |
|                                  | Assintomática      | 321 | 57% |
| Uso da TARV                      | Sim                | 461 | 83% |
|                                  | Não                | 87  | 16% |
|                                  | Já usou            | 7   | 1%  |
| Tempo de Uso da TARV             | < 1 ano            | 54  | 12% |
|                                  | 1 – 2 anos         | 74  | 17% |
|                                  | 3 – 5 anos         | 116 | 26% |
|                                  | 6 – 10 anos        | 153 | 34% |
|                                  | >10 anos           | 51  | 11% |
| Motivo TARV                      | Carga Viral        | 360 | 64% |
|                                  | Doença Oportunista | 21  | 4%  |
|                                  | Gravidez           | 6   | 1%  |
|                                  | Não sabe           | 51  | 31% |
| Presença de Doenças Oportunistas | Sim                | 240 | 43% |
|                                  | Não                | 321 | 57% |
| Tipos de Doenças Oportunistas    | Tuberculose        | 110 | 23% |
|                                  | Pneumonia          | 79  | 17% |
|                                  | Herpes             | 52  | 11% |
|                                  | Toxoplasmose       | 26  | 5%  |
|                                  | Sarcoma de Kaposi  | 8   | 2%  |
|                                  | Meningite          | 6   | 1%  |
|                                  | Esofagite          | 6   | 1%  |
|                                  | Outras             | 63  | 13% |

\*Percentual válido

**Tabela 3** – Medicamentos em uso pelas pessoas que vivem com HIV atendidas em hospitais de referência do Estado da Paraíba em 2009, participantes da pesquisa (N=443)

| Medicamentos*               | Ocorrências |      |
|-----------------------------|-------------|------|
|                             | n           | %    |
| Lamivudina (3TC)            | 338         | 76%  |
| Zidovudina (AZT)            | 219         | 49%  |
| Efavirenz (EFZ)             | 148         | 33%  |
| Lopinavir/Ritonavir (LPV/R) | 112         | 25%  |
| Tenofovir (TDF)             | 75          | 17%  |
| Atazanavir (ATZ)            | 71          | 16%  |
| Ritonavir (RTV)             | 44          | 10%  |
| Estavudina (D4T)            | 41          | 9%   |
| Nevirapina (NVP)            | 27          | 6%   |
| Didanosina (EC)             | 12          | 3%   |
| Enfuvirtida (T-20)          | 06          | 1,2% |
| Darunavir (DRV)             | 05          | 1%   |
| Abavavir (ABC)              | 04          | 0,9% |
| Indinavir (IDV)             | 02          | 0,5% |
| Saquinavir (SQV)            | 02          | 0,5% |
| Amprenavir (APV)            | 01          | 0,2% |

\*Categorias não-excluídas

Quanto à contagem dos linfócitos T CD4, os resultados apontaram a variabilidade desse indicador na amostra, de 10 a 1.235 células/mm<sup>3</sup> de sangue periférico (M=495,2; DP=279,4). Os dados se referem ao último exame obtido no prontuário dos participantes, não sendo possível obter os dados de 168 deles. Para os 393 participantes restantes, a taxa de CD4 se distribuiu em: 13% abaixo de 200 mm<sup>3</sup>; 21% entre 200 e 350 mm<sup>3</sup>; 21% entre 351 e 500 mm<sup>3</sup> e 45% acima de 500 mm<sup>3</sup>.

Buscando verificar a associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos e os níveis de CD4 dos participantes, foram encontradas associações significativas apenas entre o CD4 e área geográfica, com índices maiores nas cidades do interior (p=0,02) e entre o CD4 e a escolaridade, com índices maiores para a maior escolaridade (p=0,04).

Ao verificar a associação entre adesão à TARV e os fatores sociodemográficos e clínicos, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis “tempo de diagnóstico” (p=0,02), “tempo de uso da TARV” (p=0,01) e o uso do medicamento Nevirapina (p=0,05). Sendo assim, observou-se que quanto maior o tempo do conhecimento do diagnóstico e quanto maior o tempo de uso da TARV, maior a adesão ao tra-

tamento. Esta adesão parece ser maior quando em uso do medicamento Nevirapina.

Ainda sobre a adesão à TARV, na análise por sexo observa-se nas mulheres o maior tempo de diagnóstico (p=0,05) e de uso da TARV (p=0,04). Para o sexo masculino verificou-se que a adesão está associada à menor faixa etária (p=0,00), à religião católica (p=0,04), à situação laboral favorável (p=0,01), ao menor tempo de diagnóstico (p=0,00) e maior tempo de uso da TARV (p=0,00). Para o feminino, a adesão à TARV está associada à menor faixa etária (p=0,00), à religião católica (p=0,04), ao estágio sintomático (p=0,01), ao menor tempo de diagnóstico (p=0,00) e à presença de doença oportunista (p=0,01).

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, observa-se que, embora a maioria dos participantes seja do sexo masculino, a proporção de homens para cada mulher é menor que dois. Também destaca-se a baixa escolaridade dos participantes, visto que 71% têm apenas o ensino fundamental e a presença de pessoas que vivem com

HIV/AIDS em regiões interioranas (23%), refletindo a tendência epidemiológica da doença no país da *feminização, pauperização e interiorização* da epidemia, corroborando também com o estudo de SILVA, SALDANHA, AZEVEDO (2010).

Ampliando a compreensão desses dados, subjacentes a eles há que se ressaltar as questões de gênero presentes na construção social do papel da mulher, consideradas como contribuinte significativo para a vulnerabilidade social e, conseqüentemente, para a *feminização* da epidemia. Tal construção social influencia não só os processos de adoecimento, mas também a inserção no mercado de trabalho e valorização deste, no posicionamento das mulheres frente ao contexto familiar e em relação à vivência subjetiva do seu corpo (SALDANHA, 2003, MIRANDA, LOBATO, 2011).

Os resultados indicaram o maior tempo de sobrevida entre as mulheres, considerando o seu tempo de diagnóstico, o que pode estar associado ao maior tempo de uso da TARV, conseqüentemente apontando para uma maior adesão ao tratamento. Conforme verificado, as mulheres possuem maior tempo de diagnóstico e de uso da TARV se comparadas ao sexo masculino, questões essas que podem estar ligadas a maior tendência das mulheres em procurar atendimentos de saúde, contribuindo assim para a descoberta precoce da soropositividade bem como a maior adesão ao tratamento antirretroviral por parte delas. A bibliografia aponta para uma maior resistência dos homens em procurar instituições de saúde, de maneira que os índices de padecimento crônico e de mortalidade são mais frequentes nestes (TELLERÍA, 2003, LAURENTI, MELLO-JORGE, GOTLIEB, 2005). De acordo com TELLERÍA (2003) esse aspecto pode estar relacionado à própria socialização do homem, onde os cuidados em saúde não são vistos enquanto práticas masculinas. De acordo com tais dados, pode-se observar a necessidade de políticas estratégicas visando o aumento da procura deste público pelos serviços de saúde.

No tocante à situação conjugal, a maioria dos participantes relatou relacionamento estável e ter filhos, portanto, pode-se inferir que estas pessoas estão inseridas em um contexto afetivo familiar necessário à percepção de suporte social e afetivo no contexto da AIDS. Outras pesquisas têm demonstrado que agentes estressores, como os problemas afetivos, podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos que convivem com o HIV e, conseqüentemente, dificultar

sua adesão ao uso da TARV (LOPES, FRAGA, 1998, SILVA, SALDANHA, AZEVEDO, 2010).

No que diz respeito ao surgimento de doenças oportunistas, pode-se verificar que 57% da amostra não apresentou doenças decorrentes do HIV. Como observado, a presente amostra é atendida em serviços de referência à AIDS e grande parte dessas pessoas (83%) fazem o uso da TARV, o que pode contribuir para a ausência de doenças oportunistas na maioria dos participantes do estudo. Sobre isso, NARCISO, PAULO (2001) mostram que pessoas com histórico de infecções oportunistas tendem a uma maior adesão à TARV em relação aos assintomáticos. Porém, COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO (2006) apontam que essa é uma questão muito complexa, uma vez que a melhora dos sintomas pode levar a um sentimento de não necessidade da medicação, e já por outro lado, a ocorrência destes durante a TARV pode ser atribuída aos seus efeitos, contribuindo para a diminuição da adesão. Destaca-se que o Brasil possui uma política de acesso gratuito e universal ao tratamento antirretroviral, ocasionando assim em uma diminuição na morbimortalidade associada ao HIV (SILVEIRA, 2006).

Em relação à faixa etária dos participantes do presente estudo, foi verificado que a maioria (85%) está na faixa etária entre 18 a 49 anos, correspondente à população em idade produtiva no mercado de trabalho, no entanto, 23% destes estão desempregados e 76% encontram-se em subempregos, com renda até 2 salários mínimos. Sobre essa tendência de pauperização da epidemia, vale destacar que estudos apontam que, em países onde a distribuição não é universal e gratuita como no Brasil, as pessoas que vivem com HIV/Aids não aderem ao tratamento pelo alto custo do mesmo, sendo a condição socioeconômica um fator determinante na adesão ou não à TARV (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007, COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO, 2006). Assim, apresenta-se um desafio para os estudos de resistência medicamentosa, ou não adesão, que contemplem essa realidade, a fim de avançar nas pesquisas de adesão e desenvolvimento de estratégias de intervenção no contexto brasileiro.

Sobre a situação laboral de pessoas que vivem com HIV/AIDS e a adesão à TARV, em pesquisa realizada por BRAMBATTI (2007), percebe-se que o ambiente de trabalho é perpassado pelo medo da revelação do diagnóstico e da perda do emprego, uma vez que é necessário fazer uso de medicamentos e ir ao serviço de saúde no horário do trabalho, principalmente

para os homens. Diante disso, e tendo em vista a correlação apresentada nos resultados entre a situação laboral favorável e maior adesão a TARV entre os homens, aponta-se para a necessidade de políticas públicas que assegurem o direito de acesso ao tratamento pelo trabalhador que vive com HIV/AIDS e estratégias contínuas de combate à discriminação e ao estigma que permitam ainda mais adesão e continuidade à terapia (BRAMBATTI, 2007). Ao se considerar, no contexto da AIDS, não só a função objetiva do trabalho (como subsidiar a moradia, os medicamentos, a saúde, a alimentação, entre outros), mas também o seu valor social e subjetivo, está se considerando uma perspectiva de saúde complexa e ampla, que se relaciona diretamente com a liberdade e a igualdade, e possui simultaneamente um caráter público e privado, coletivo e individual.

Acerca da adesão à TARV e a menor faixa etária, correlação esta encontrada no sexo masculino, estudos revelam, em contraponto, que pessoas mais jovens tendem a ser menos aderentes, visto a dificuldade em conciliar a terapia com os modos de vida (NWOSU, NWOSU, 1997). Em revisões da literatura realizadas (VENTURA, 2006, COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO, 2006), também ao contrário do resultado encontrado na presente pesquisa, indica que a variável que apresenta maior associação com a adesão ao tratamento é a idade, mostrando que os pacientes mais velhos são os que possuem maior adesão à terapêutica. Este dado é destacado pelo estudo de MEHTA, MMOORE e GRAHAM (1997), apontando que em doenças crônicas, a exemplo do HIV/AIDS, a aderência aumenta com a idade, exceto as pessoas acima dos 75 anos, provavelmente devido à presença de múltiplas doenças e complexos regimes terapêuticos. Diante disso, percebe-se a relevância de implementação de ações voltadas ao público mais jovem, reforçando essa tendência à adesão ao tratamento com os ARV apresentada nos resultados, uma vez que a literatura tem mostrado o quão difícil esta se apresenta nessa população.

Os resultados indicaram, ainda, o aumento da religiosidade entre os participantes após o diagnóstico de soropositividade ao HIV, demonstrando a sua importância ao proporcionar uma estrutura cognitiva que ordena e explica os eventos, contribuindo para a sensação de bem-estar emocional. Pesquisas têm demonstrado que as práticas religiosas têm sido utilizadas enquanto estratégia de enfrentamento para as pessoas soropositivas enfrentarem tal situação (SEIDL, ZANNON, TRÓCOLLI, 2005).

Sobre a correlação significativa, no sexo masculino, entre a adesão à TARV e a religião católica, NARCISO, PAULILO (2001) apontam que embora a categoria religião/religiosidade e sua relação com a adesão à TARV não seja tão abordada na literatura, esta deve ser destacada como fator importante, uma vez que as crenças que o paciente possui, ou desenvolve, interferem diretamente na adesão ou não ao tratamento. Acerca disso, MELCHIOR (2000) aponta que pacientes que acreditam na eficácia da TARV tenderão a uma maior adesão, enquanto que as crenças religiosas que “prometem” a cura da doença se apresentam como fator negativo, levando ao abandono da terapia e, até mesmo, à não adesão.

Sobre a associação entre a adesão à TARV e o uso do medicamento Nevirapina, o que as pesquisas mostram sobre a terapêutica medicamentosa é que a menor adesão está associada a regimes terapêuticos complexos, ou seja, quando há vários fármacos, muitos comprimidos e posologia, doses frequentes e restrições alimentares (VENTURA, 2006, COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO, 2006, NARCISO, PAULILO, 2001). Segundo NARCISO, PAULILO (2001), a grande quantidade de medicamentos e o cumprimento rígido de horário proporcionam a lembrança constante da presença da doença, o que pode perturbar a vida cotidiana nos seus aspectos pessoal, profissional e social. Essas autoras destacam que a interrupção do tratamento pode ocorrer devido aos efeitos colaterais dos ARV e que muitas pessoas não aderem bem ao tratamento porque acreditam que as medicações não são necessariamente benéficas, crenças estas que podem ter surgido de alguma experiência pessoal ou de amigos, a exemplo do uso do AZT no início da epidemia. Ressaltam também que, além do esquecimento, que é muito frequente e pode estar associado à não aceitação do diagnóstico, a pessoa que vive com HIV/AIDS pode não se sentir à vontade para ingestão do medicamento em determinados locais onde esteja e, em consequência, abandona-se o tratamento.

Acerca da relação entre níveis de CD4 e área geográfica (interior e capital), estudos na literatura são poucos no Brasil. Observa-se que a disponibilidade de serviços de saúde especializados ao atendimento de pessoas com HIV/AIDS estão, em sua maioria, centralizados nas capitais ou regiões metropolitanas, podendo-se, assim, inferir uma maior dificuldade de adesão ao tratamento das pessoas que residem em áreas distantes. Todavia, os resultados apontados por este

estudo contrariam esta hipótese, com os participantes atendidos em cidades do interior do Estado apresentando maior índice de taxa CD4. Hipotetiza-se que o estilo de vida dessa população como o consumo maior de produtos sem agrotóxicos, o baixo nível de sedentarismo e estresse, entre outros, poderiam estar contribuindo para melhorar a qualidade de vida e a resposta imune das pessoas soropositivas ao HIV/AIDS.

No tocante à contagem de células CD4, um estudo sobre qualidade de vida realizado com mulheres que vivem com HIV/AIDS demonstrou que há diferenças significativas entre as questões financeiras e a carga viral, isto é, indivíduos que apresentam uma carga viral mais baixa têm maior preocupação financeira em comparação a outros pacientes, apontando para baixa qualidade de vida nesse domínio (GALVÃO, 2002). Por preocupação financeira entenda-se a preocupação em ter que viver com renda fixa, a preocupação em ter que saldar contas, ou ainda, simplesmente, ter ou não a oportunidade de fazer algo agradável. Dessa forma, esta pesquisa também destaca a importância dos aspectos socioeconômicos no que diz respeito ao sucesso do tratamento antirretroviral.

Ainda nesse estudo de GALVÃO (2002), destacam-se as correlações positivas entre renda *per capita* e os domínios “Preocupação com Sigilo sobre a Infecção” ( $p < 0,05$ ) e “Preocupação Financeira” ( $p < 0,01$ ); entre tempo de infecção diagnosticada e também tempo de tratamento com o domínio “Preocupação com Sigilo sobre a Infecção” ( $p < 0,01$ ); e finalmente, o resultado da contagem de linfócitos T CD4+ e o domínio “Preocupação com a Saúde” ( $p < 0,05$ ). Observou-se também correlação negativa entre tempo de infecção diagnosticada e o domínio “Atividades Gerais” ( $p < 0,05$ ); entre carga viral e o domínio “Atividade sexual” ( $p < 0,05$ ). Esses dados apontam para as implicações que diversos fatores referentes à TARV e ao CD4 têm na revelação do diagnóstico, na continuidade do tratamento e também nos aspectos psicossociais, a exemplo da qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV/AIDS, como corroborado no presente estudo.

Acerca da ausência do nível de CD4 nos prontuários dos participantes apresentados nos resultados, outros estudos (FERNANDES *et al.*, 2009, CARMODY *et al.*, 2003, BROOK, CURTIS, JOHNSON, 2004) também mostram a dificuldade de um monitoramento laboratorial adequado de pessoas que vivem com HIV e que, inclu-

sive, estão fazendo uso da TARV, tratamento complexo e de alto custo.

Referente ao nível de escolaridade, a literatura aponta uma correlação entre elevada escolarização e acesso às informações, ou seja, um maior nível de escolarização pode facilitar a procura por informações sobre o HIV, ocasionar em uma maior habilidade para falar acerca da enfermidade e facilitar na obtenção de suporte social, ocasionando assim, o estabelecimento de uma maior rede social para o indivíduo que convive com a soropositividade (SEIDL, ZANNON, TRÓCOLLI, 2005). Neste sentido, a correlação positiva entre os níveis de CD4 e a escolaridade, apresentada neste estudo, pode estar relacionada, justamente ao fato destas informações sobre a doença facilitarem a adesão ao tratamento, visto que após o início da TARV, poderá existir ganhos médios nos níveis de CD4 que podem variar de 45% a 500%, aproximadamente (TIBÚRCIO, 2010b).

Em estudo realizado com amostra adulta soropositiva, a autora percebeu que as pessoas com baixa escolaridade possuíam uma percepção de menos disponibilidade e estavam mais insatisfeitas com o suporte social. Dessa forma, pode-se atribuir à baixa escolaridade dos participantes a falta de acesso às informações de prevenção, o que aumenta sua vulnerabilidade. Ainda neste sentido, LOPES e FRAGA (1998), em estudo realizado com pacientes soropositivos atendidos em uma ONG na cidade de Fortaleza, verificou que problemas financeiros são estressores em potencial que podem comprometer os aspectos tanto emocionais quanto físicos das pessoas que convivem com o HIV/AIDS.

Os resultados obtidos com os participantes do Estado da Paraíba apontaram para a baixa renda mensal (55% recebem menos que dois salários mínimos) e 71% da amostra não possui escolaridade ou estudou até o ensino fundamental. Tal situação pode, portanto, implicar em dificuldades no suporte social e emocional que os indivíduos soropositivos precisam e, conseqüentemente, comprometer o quadro clínico dessas pessoas.

Da mesma forma que a realização da TARV sofre influência de fatores sociodemográficos, a não adesão ou interrupção do tratamento também pode estar relacionado com questões sociodemográficas. SEIDL (2005) observou tal fenômeno em estudo realizado com adultos soropositivos, onde mais de 30% da amostra relatou ter interrompido o tratamento antirretroviral devido a vários motivos, dentre os quais as questões

sociodemográficas estavam presentes, valendo salientar que esse tipo de comportamento pode gerar falhas em futuras adesões ao uso da TARV.

Ainda sobre isso, BONOLO, GOMES, GUIMARÃES (2007) destacam as dificuldades inerentes ao tratamento, a complexidade da vida de quem vive com o HIV/Aids, os contextos socioeconômicos desfavoráveis, o limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e a falta de intervenções eficazes que ajudem as pessoas a manterem níveis adequados de adesão como principais dificuldades para a não adesão à TARV. Por isso, indicam que é importante reconhecer que a adesão é um ato de caráter dinâmico, que deve ser continuamente estimulado para se obter êxito.

Pôde-se verificar nesta pesquisa que o tempo de diagnóstico bem como o tempo de uso da TARV estão fortemente relacionados com os fatores sociodemográficos e clínicos, observando-se que quanto maior o tempo do conhecimento do diagnóstico bem como o tempo de uso da TARV, maior a adesão ao tratamento. Assim, aponta-se para a importância do diagnóstico precoce, minimizando os riscos e evitando o início tardio da TARV. Neste sentido, estudos apontam que o uso da TARV pode não ser eficiente no que concerne à recuperação satisfatória dos níveis das células CD4 no sangue quando iniciado em estágios avançados da doença, ou seja, quanto mais cedo o indivíduo começar a terapia menor os riscos de afecções oportunistas e mortalidade pelo HIV/AIDS (CUNHA, 2006). Porém, ressalta-se, em contraponto ao encontrado na presente pesquisa, outros estudos têm mostrado que a não adesão aumenta ao longo do tempo de tratamento, uma vez que os sintomas tendem a desaparecer com o uso da TARV (COLOMBRINI, LOPES E FIGUEIREDO, 2006, NARCISO, PAULO, 2001).

Conforme verificado, a dimensão temporal esteve relacionada à estabilidade do comportamento frente à adesão, uma vez que o menor tempo de diagnóstico e maior tempo de uso da TARV – que favorece a percepção

dos benefícios decorrentes do tratamento – contribuíram para o processo de adesão. Diante disso, pode-se afirmar que as questões psicossociais são de grande relevância e podem ser determinantes nos desafios da esfera biomédica, onde a criação de uma equipe interdisciplinar tem papel fundamental na assistência a esses indivíduos.

## CONCLUSÃO

Passados três décadas de enfrentamento ao HIV/AIDS, o presente estudo demonstrou que a AIDS, mais que patologia, emerge como uma problemática social, perpassada por questões sócio-demográficas que contribui para a vulnerabilidade social e programática de diversos grupos populacionais, o que pode tanto favorecer quanto dificultar os aspectos clínicos da doença. Nesse contexto, falar de prevenção e adesão ao tratamento se constitui um desafio, o qual é indissociável de aspectos culturais, clínicos, sociodemográficos e psicossociais.

Como limitações do estudo, a fim de que possam ser retomadas em pesquisas futuras, tem-se o fato de a amostra ser composta por pessoas soropositivas que são atendidas em centros de referência à AIDS e que, portanto, podem apresentar um melhor quadro clínico se comparadas a outras populações. Outro ponto a destacar, enquanto limitação, concernente ao instrumento utilizado, visto que a utilização de uma combinação de metodologias, como por exemplo, a abordagem qualitativa, permitiria melhor compreensão do fenômeno estudado. Esta combinação de métodos poderia favorecer uma maior aproximação do objeto de estudo, permitindo assim a uma mais ampla visão por parte dos profissionais de saúde e, contribuindo para um trabalho com maior qualidade no atendimento aos pacientes soropositivos.

## REFERÊNCIAS

1. BRITO AM, CASTILHO EA, SZWARCOWALD CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2): 207-217, 2000.
2. BLATT CR, CITADIN CB, SOUZA FG, MELLO RS, GALATO D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 42(2):131-136, 2009.
3. BONOLO PF, GOMES RRFM, GUIMARÃES MDC. Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 16(4): 261-278, 2007.
4. BRAMBATTI LP. *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids em Moçambique*, [Tese de Doutorado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2007. 267p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de tratamento: recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – AIDS*. Brasília: CNDST/ AIDS, Ano VII (01), 2010.
7. BROOK MG, CURTIS H, JOHNSON MA. Findings from the British HIV Association's national clinical audit of first-line antiretroviral therapy and survey of treatment practice and maternity care 2002. *HIV Med*, 5(6):415-420, 2004.
8. CARMODY ER, DIAZ T, STARLING P, SANTOS APRB, SACKS HS. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in Rio de Janeiro public clinic. *Trop Med Int Health*, 8 (5):378-385, 2003.
9. COLOMBRINI MRC, LOPES MMBM, FIGUEIREDO RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev. esc. enferm*, 40(4): 576-581, 2006.
10. CUNHA J, BAGGIO GL, JUNIOR OS, VERDI JC, TREITINGER A, SPADA C. Eficácia da terapia antirretroviral e avaliação da apoptose em pacientes tratados em diferentes estágios da infecção pelo HIV. *Rbac*, 38(1):61-66, 2006.
11. DATASUS. Ministério da Saúde. *Cadernos de Informações de Saúde - Versão de maio*, 2010.
12. FERNANDES, JRM, ACURCIO, FA, CAMPOS, LN, GUIMARÃES, MDC. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1369-1380, 2009.
13. GABRIEL R, BARBOSA DA, VIANNA LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte – município de São Paulo. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 13(4):509-513, 2005.
14. GALVÃO MTG. Aplicação do instrumento HAT-QoL para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas, [Tese de Doutorado]. Botucatu: UNESP, 2002. 151 p.
15. GUEDES TG, MOURA ERF, PAULA EM, OLIVEIRA NC, VIEIRA RPR. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a dst/hiv/aids. *DST - Jornal Bras Doenças Sex Transm*, 21(3):118-123, 2009.
16. LAURENTI R, MELLO-JORGE PHP, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Rev de Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1):35-46, 2005.
17. LOPES MVO, FRAGA MNO. Pessoas vivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 6(4):75-81, 1998.
18. MEHTA S, MOORE R, GRAHAM N. Potencial Factors affecting Adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11(14):1665-70, 1997.
19. MELCHIOR, R. *Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: uma análise qualitativa*, [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000. 99p.
20. MIRANDA D, LOBATO S. *Processos de adoecimento ligados ao gênero: uma história de (des)valorização dos múltiplos papéis femininos*. Disponível em: <[http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc\\_1206559548\\_43.pdf](http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc_1206559548_43.pdf)>. Acesso em: 03 agosto 2011.
21. MURPHY DA, SAAR M, DURAKO SJ, MOSCICKI A, WILSON CM, MUENZ LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 157(3):249-255, 2003.
22. NARCISO AMS, PAULILO MAS. Aids e Adesão: alguns fatores intervenientes. *Serv. Soc. Rev.*, 4(1):27-43, 2001.
23. NWOSU CM, NWOSU SN. Socio cultural factors in leprosy: implications for control programmes in the post leprosy abolition years in Nigeria. *West Afr J Med*. 16(3):126-132, 1997.
24. RODRIGUES-JÚNIOR AL, CASTILHO EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(4):312-317, 2004.
25. SALDANHA AAW. *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*, [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2003. 259f.
26. SEIDL EMF. Enfrentamento, Aspectos Clínicos e Sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3): 421-429, 2005.
27. SEIDL EMF, ROSSI WS, VIANA KF, MENESES AKF, MEIRELES E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: Aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 3(21): 279-288, 2005.
28. SEIDL EMF, ZANNON CMLC, TRÓCOLLI BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2): 188-195, 2005.
29. SEIDL EMF, MELCHÍADES A, FARIAS V, BRITO A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10): 2305-2316, 2007.

30. SILVA J, SALDANHA AAW, AZEVEDO RLW. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1): 56-63, 2010.
31. SILVEIRA JM, SASSI RAM, NETTO ICO, HETZEL JL. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da Imunodeficiência Humana em centro de referência para tratamento da Síndrome da Imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. *Jorn. Bras. de Pneumologia*, 1(32): 48-55, 2006.
32. TELLERÍA JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La Sierra. Bolivia. In: CÁCERES CF. et al. (Org.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde America Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
33. TIBÚRCIO AS. Avaliação Imunoviológica Inicial de Pacientes com HIV/Aids em um Serviço de Assistência Especializada. *DST - Jornal Bras Doenças Sex Transm*, 22(1): xx-xx - Ahead of Print, 2010a.
34. TIBÚRCIO AS. TARV com supressão da replicação do HIV em pacientes da Policlínica Osvaldo Cruz – Porto Velho/RO. In: X Congresso Virtual HIV/AIDS: o VIH/SIDA nos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, AIDSPortugal, 2010b. Disponível em: <[http://www.aidscongress.net/Modules/WebC\\_AidsCongress/CommunicationHTML.asas?Mid=39&CommID=125](http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.asas?Mid=39&CommID=125)>. Acesso em 15 fevereiro 2011.
35. VENTURA A. Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção VIH/SIDA: Revisão de Artigos Publicados. *Arg Med*, 20:(1-2): 37-49, 2006.

**Correspondência**

Lidianny Braga Pereira  
Rua Professora Vanda de Farias Coutinho, 329,  
Mangabeira VII  
João Pessoa – Paraíba – Brasil  
CEP: 58.058-000  
E-mail: [lidiannypsi@yahoo.com.br](mailto:lidiannypsi@yahoo.com.br)