



Análise de óbitos por síndrome da imunodeficiência adquirida

Analysis of deaths due to acquired immunodeficiency syndrome

Katia Barbosa Franco¹, Gilmara Holanda da Cunha¹, Maria Amanda Correia Lima¹, Dalila Augusto Peres¹, Marli Teresinha Gimeniz Galvão¹, Reângela Cintia Rodrigues de Oliveira Lima¹

Objetivo: analisar o perfil dos óbitos de pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 106 prontuários de pessoas que foram a óbito em unidade de terapia intensiva, obtendo-se variáveis sociodemográficas e clínicas. Análise realizada através do teste qui-quadrado de Pearson, teste de Fisher e teste de Mann-Whitney. **Resultados:** maior parte dos pacientes era do sexo masculino (80,2%), na faixa etária de 18 a 39 anos, média de idade de 39,7 anos, 81,6% de cor parda, 60,4% solteiros e 62,5% desempregados. A proporção de pacientes desempregados ($p=0,002$) e que não faziam uso de terapia antirretroviral ($p<0,001$) foram os que menos realizavam acompanhamento regular de saúde. **Conclusão:** a maioria dos pacientes do estudo não realizava acompanhamento regular de saúde e não utilizava terapia antirretroviral.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Morte; Promoção da Saúde.

Objective: to analyze the profile of the deaths of people with acquired immunodeficiency syndrome. **Methods:** a cross-sectional study was carried out with 106 medical records of people who died in an intensive care unit, obtaining sociodemographic and clinical variables. Analysis made using Pearson's chi-square test, Fisher's test and Mann-Whitney test. **Results:** most of the patients were male (80.2%), in the age group from 18 to 39 years, average age of 39.7 years, 81.6% dark-skinned, 60.4% were single and 62.5% unemployed. The proportion of patients who were unemployed ($p=0.002$) and who did not use antiretroviral therapy ($p<0.001$) were the ones that had the least regular health care. **Conclusion:** most of the patients in the study did not follow regular health care and did not use antiretroviral therapy.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Death; Health Promotion.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Gilmara Holanda da Cunha
Rua Alexandre Baraúna 1115, CEP: 60430-160. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: gilmaraholandaufc@yahoo.com.br

Introdução

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma doença que causa diversas complicações à saúde, representando em termos de controle e tratamento um desafio para a saúde pública⁽¹⁾. Desde o início de sua epidemia, até o ano de 2014, foram registrados 290.929 óbitos por aids no Brasil, mas de modo geral, observa-se um declínio da mortalidade⁽²⁾. Este fato é decorrente da introdução da terapia antirretroviral, que no Brasil foi disponibilizada de forma gratuita desde 1996⁽³⁾. No entanto, a redução de óbitos por aids não aconteceu de forma igualitária entre as regiões brasileiras, pois nas regiões Norte e Nordeste observa-se ainda o crescimento da mortalidade⁽²⁾.

Inicialmente, o manejo da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente causador da aids, era realizado em pacientes com estágios avançados da doença, o que exigia opções terapêuticas complexas. Atualmente, tem-se observado que os pacientes estão mais estáveis e em uso de esquemas terapêuticos simplificados, o que se assemelha aos cuidados dos pacientes com doenças crônicas. Logo, entende-se que os diferentes níveis de necessidade requerem intervenção específicas, em níveis distintos de atenção⁽⁴⁾.

A assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids não ocorre de maneira universal e igualitária no Brasil. Isso causa o difícil acesso ao diagnóstico e, conseqüentemente, o início tardio no uso da terapia antirretroviral⁽⁴⁾. A dificuldade no acesso aos serviços de saúde voltados ao aconselhamento, testagem, tratamento e ações de prevenção da doença é um fator que influencia de forma relevante na qualidade desta assistência. Esses aspectos podem acarretar também o aumento da gravidade no estado de saúde desses pacientes e até mesmo ao óbito por aids⁽⁵⁻⁶⁾.

Assim, considera-se a importância da elaboração de intervenções voltadas para a melhoria da assistência frente ao diagnóstico, tratamento e prevenção do HIV/aids nos níveis primário, secundário e terciário de atenção em saúde⁽⁶⁾. E para que os profissionais

de saúde possam atuar frente aos desafios propostos e contribuir para a redução no número de óbitos por aids, torna-se relevante as respostas para os seguintes questionamentos: Qual o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que foram a óbito por aids?

Neste contexto, considerando-se que a prestação de cuidados às pessoas vivendo com HIV/aids é de responsabilidade do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, tornam-se necessárias estratégias de promoção da saúde, a partir da análise dos óbitos por aids, a fim de que os profissionais atuem frente aos fatores que influenciam nessas mortes e possam melhorar a qualidade de vida das pessoas com aids, contribuindo para redução de óbitos por aids. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo analisar o perfil dos óbitos de pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal exploratório. A pesquisa foi realizada em um hospital de Fortaleza, Ceará. A instituição é referência estadual para tratamento de doenças infecciosas e dispõe de ações e serviços para o acompanhamento da infecção pelo HIV/aids para usuários do Sistema Único de Saúde.

A população do estudo foi constituída pelos prontuários das pessoas que foram a óbito por aids no hospital, no período entre janeiro a dezembro de 2015, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão (n=106). Os critérios de inclusão foram: prontuários de pessoas de ambos os sexos, que foram a óbito tendo como causa básica a aids, e idade maior ou igual a 18 anos. Teve-se como critério de exclusão o óbito em que o prontuário não estava disponível no período da coleta de dados.

Os dados foram coletados entre os meses de março a maio de 2016. Para coleta de informações foram utilizados dados secundários. Inicialmente, realizou-se uma busca no Sistema de Informação de Mortalidade para identificação dos óbitos ocorridos no hospital. De posse dos casos, procedeu-se a busca dos

prontuários dos referidos pacientes, cujas variáveis de interesse para o estudo foram: sexo, idade, raça, escolaridade, tempo de diagnóstico, uso da terapia antirretroviral e situação de acompanhamento. Para a referida coleta utilizou-se o Protocolo de investigação de óbitos por HIV/aids⁽⁷⁾.

Os dados foram analisados utilizando-se o *Software Statistical Package for the Social Sciences*® versão 22.0. As características sociodemográficas e clínicas foram dispostas mediante estatística descritiva, por meio de distribuições de frequências, média, mediana e desvio padrão. A existência de associação entre as variáveis foi testada por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Para testar a comparação entre os grupos foram utilizados o teste de Fisher e o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5,0%, considerando-se estatisticamente significativo um valor de $p \leq 0,05$.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Após análise dos dados observou-se que a maioria das pessoas que foram a óbito era do sexo masculino (80,2%), com faixa etária entre 18 e 39 anos (53,8%), cor parda (81,6%), escolaridade entre um e oito anos de estudo (53,5%), solteiros (60,4%) e desempregados (62,5%) (Tabela 1). Ressalta-se que algumas informações não estavam descritas em sua completude no prontuário, assim, especificou-se na tabela a quantidade de pacientes nas variáveis analisadas.

Em relação às características clínicas, observou-se que 48,1% dos indivíduos não utilizavam terapia antirretroviral antes do óbito e a maioria não havia iniciado acompanhamento regular em serviços de saúde (59,4%). Já em relação ao tempo de diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva dos pacientes no momento do óbito, teve-se uma mediana de cinco meses (percentil 25: 1; percentil 75: 72) (Tabela 2). Quanto

à contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral plasmática, apenas 26 pacientes (24,5%) que foram a óbito por aids haviam realizado esses exames. A média das contagens de linfócitos T CD4+ foi de 309,8 células/mm³ e a de carga viral foi de 70,3 cópias/ml.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de pessoas que foram a óbito por aids

Variáveis sociodemográficas	n (%)
Sexo (n=106)	
Masculino	85 (80,2)
Feminino	21 (19,8)
Faixa etária (anos)* (n=106)	
18 - 39	57 (53,8)
40 - 59	43 (40,6)
≥ 60	6 (5,6)
Cor da pele (n=103)	
Parda	84 (81,6)
Não parda	19 (18,4)
Escolaridade (anos) (n=101)	
Sem escolaridade	11 (10,9)
1 - 8	54 (53,5)
≥ 9	36 (35,6)
Situação conjugal (n=106)	
Solteiro	64 (60,4)
Casado/vive junto/união consensual/amasiado	32 (30,2)
Divorciado/separado/viúvo	10 (9,4)
Situação ocupacional (n=96)	
Empregado/aposentado/beneficiário	36 (37,5)
Desempregado	60 (62,5)

*Idade (anos): mínima: 22; máxima: 81; média: 39,7; desvio padrão: 11,64

Tabela 2 - Caracterização clínica de pessoas que foram a óbito por aids

Variáveis clínicas	n (%)
Uso da terapia antirretroviral (n=106)	
Sim	55 (51,9)
Não	51 (48,1)
Acompanhamento em serviço de saúde (n=106)	
Sim	38 (35,8)
Não	63 (59,4)
Sem informação	5 (4,8)
Tempo de diagnóstico (meses)* (n=95)	
< 12	53 (55,8)
12 - 60	12 (12,6)
> 60	30 (31,6)

*Tempo de diagnóstico em meses: mediana 5 (1-72)

Foram realizadas associações entre as variáveis sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade, situação

ocupacional e uso da terapia antirretroviral com a variável acompanhamento regular em serviços de saúde. Constatou-se que a proporção de desempregados que não faziam acompanhamento em saúde foi significativamente maior que a dos empregados que não faziam acompanhamento de saúde ($p=0,002$). Maior proporção de pacientes que não fazia uso de terapia antirretroviral também não realizava acompanhamento regular em serviço de saúde ($p<0,001$) (Tabela 3).

Em relação à variável tempo de diagnóstico tiveram-se como medianas: 84 meses (percentil 25: 42; percentil 75: 120) para aqueles pacientes que realizavam acompanhamento regular em serviço de saúde, e um mês (percentil 25: 0,3; percentil 75: 4) para aqueles que não realizavam acompanhamento de saúde ($p<0,001$) (Teste de Mann-Whitney). Assim, pessoas com aids que mais foram à óbito eram aquelas que não estavam sendo acompanhadas regularmente em serviço de saúde, e por isso, tiveram óbito apesar do pouco tempo de diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva.

Tabela 3 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o acompanhamento regular em serviços de saúde

Variáveis	Acompanhamento regular em serviço de saúde		p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo (n=101)			0,607 ¹
Masculino	32 (39,5)	49 (60,5)	
Feminino	6 (30,0)	14 (70,0)	
Faixa etária (anos) (n=101)			0,058 ²
18 - 39	16 (28,5)	40 (71,5)	
40 - 59	19 (46,4)	22 (53,6)	
≥ 60	3 (75,0)	1 (25,0)	
Cor da pele (n=101)			0,431 ¹
Parda	29 (35,4)	53 (64,6)	
Não parda	9 (47,3)	10 (52,7)	
Escolaridade (anos) (n=96)			0,181 ²
Sem escolaridade	1 (10,0)	9 (90,0)	
1 - 8	21 (40,4)	31 (59,6)	
≥ 9	13 (38,2)	21 (61,8)	
Situação ocupacional (n=92)			0,002 ¹
Empregado/aposentado/beneficiário	22 (61,1)	14 (38,8)	
Desempregado	15 (26,7)	41 (73,2)	
Uso da terapia antirretroviral (n=101)			0,001 ¹
Sim	35 (70,0)	15 (30,0)	
Não	3 (5,9)	48 (94,1)	

¹Teste exato de Fisher; ²Teste de qui-quadrado

Discussão

Concordando com esse estudo, pesquisas apontam uma maior frequência de óbitos por aids em adultos jovens e do sexo masculino, afetando sobretudo as faixas etárias de 20 a 24 anos e de 30 a 44 anos^(2,8-9). Da mesma forma desta pesquisa, no ano de 2014, a distribuição proporcional dos óbitos por aids segundo raça/cor apresentou maior prevalência entre pessoas de cor parda⁽²⁾. A mortalidade por aids no Brasil teve redução significativa desde o início da epidemia, atribuída, principalmente, ao uso da terapia antirretroviral no tratamento da doença. No entanto, deve-se observar que outros fatores também são relevantes para esse fato, tais como as ações preventivas e de promoção da saúde⁽⁸⁾.

Diante disso, como proposta de intervenção que contempla as ações preventivas e de promoção da saúde, tem-se o uso do preservativo que é eficaz contra a transmissão do HIV. Porém, muitas pessoas costumam associar seu uso à infidelidade dos parceiros. Um fator diretamente associado ao não uso do preservativo são as relações com parceiros fixos, devido à incapacidade de negociação entre estes, principalmente, por parte das mulheres, que temem as atitudes do parceiro e se submetem às vontades do mesmo⁽¹⁰⁾.

Ademais, ressalta-se a pouca divulgação do preservativo feminino e seu alto custo como influenciadores para seu reduzido uso entre as mulheres⁽¹¹⁻¹³⁾. Destaca-se ainda que a combinação entre diversas intervenções em saúde tende a aumentar a adesão ao preservativo, tais como a participação em grupos de apoio e discussão de estratégias para promover o uso e mobilizar a negociação do preservativo, por meio do diálogo entre o casal e da liberdade de expressão⁽¹⁴⁾.

Constatou-se que as pessoas vivendo com HIV/aids desempregadas foram as que mais tiveram óbito e que também não realizavam acompanhamento regular em serviços de saúde. Tem-se que a escolaridade e ocupação são marcadores das condições socioeconômicas das pessoas vivendo com HIV/aids⁽¹⁵⁾. Estudo mostra que o baixo nível de escolaridade e a menor

renda podem refletir na falta de acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, convergindo para o aumento da mortalidade desigual entre as pessoas de diferentes níveis econômicos⁽⁸⁾.

Assim, a disseminação da aids entre pessoas com baixa escolaridade e desempregadas aponta para uma susceptibilidade, possivelmente, pela falta de informações e menor acesso aos meios de prevenção. Para o alcance de uma maior qualidade de prevenção e assistência em saúde, é necessário que as informações sejam repassadas de forma contínua e numa linguagem de fácil compreensão. O enfermeiro, como profissional de saúde, funciona como um facilitador, atuando por meio da implementação de intervenções educativas ou informativas, a fim de explicitar a importância das formas de prevenção, transmissão e melhoria do seguimento e tratamento do HIV/aids⁽¹⁶⁾.

Um fator importante para melhoria do seguimento dos pacientes com HIV/aids e para melhor prognóstico da doença é o tempo de diagnóstico da infecção, isso porque o diagnóstico tardio propicia a descoberta da doença em estágios avançados, além de influenciar na causa de óbitos por aids e no crescimento de taxa de mortalidade.

Intervenções programáticas, como a abertura de centros de saúde especializados, oferecimento do teste rápido para HIV, descentralização das ações e acesso ampliado ao diagnóstico sorológico da infecção são essenciais para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Essas ações possibilitam a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV/aids, a redução da mortalidade associada à aids e da transmissão da doença. Deve-se também, identificar os grupos mais vulneráveis ao HIV, em termos de aquisição da infecção e risco de adoecimento⁽¹⁷⁾.

Quanto ao abandono do tratamento pelo paciente com HIV/aids e ao acompanhamento regular em serviços de saúde, o risco de abandono foi observado em pessoas solteiras, principalmente, na fase inicial da doença, momento em que precisam de uma rede social de apoio, a qual é de responsabilidade da família, amigos e equipe de saúde⁽¹⁸⁾.

O acompanhamento da doença envolve também a realização de exames laboratoriais, como contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral plasmática, os quais têm por finalidade acompanhar a efetividade da terapia antirretroviral, observando a supressão da carga viral, prevenção da resistência viral e falência da terapêutica, além de reduzir a morbidade e mortalidade por aids, possibilitando aumento da sobrevivência das pessoas com HIV/aids⁽¹⁹⁾.

Ademais, o acompanhamento de saúde é essencial para diagnosticar outras infecções sexualmente transmissíveis, que podem ser identificadas pela abordagem sindrômica, visando a prevenção de complicações, sequelas e quebra da cadeia de transmissão⁽²⁰⁾. O uso da terapia antirretroviral e o acompanhamento de saúde dos indivíduos com HIV/aids estão interligados, pois o paciente que está em uso de antirretrovirais, para ter seguimento adequado do tratamento, necessita manter um vínculo com os serviços de saúde. Logo, a adesão está relacionada também às características da organização da atenção nos serviços de saúde, com ênfase na disponibilidade de recursos, infraestrutura, condições do atendimento e elaboração de ações voltadas para a melhoria desta adesão^(18,20).

As ações para o fortalecimento da adesão de pessoas vivendo com HIV/aids à terapia antirretroviral e para manutenção do paciente no acompanhamento de saúde são aspectos fundamentais para o manejo da doença e alcance do sucesso terapêutico. Entretanto, além das intervenções em saúde realizadas individualmente, voltadas para a efetividade desta manutenção, é importante que haja impacto na disseminação da doença no plano coletivo nos diversos serviços de saúde.

A adesão ao tratamento é um determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui um dos maiores desafios da atenção aos pacientes com HIV/aids. Isso ocorre devido às diversas demandas dos usuários, às mudanças comportamentais e dietéticas, ao uso de vários medicamentos por toda a vida, além da neces-

sidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão^(15,20).

A participação dos profissionais de saúde, dentre estes o enfermeiro, na conscientização da população para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e na implementação das medidas de saúde pública são importantes para reduzir a transmissão do vírus. O aumento da oferta e a facilidade no acesso à testagem sorológica são intervenções que visam reduzir a falha do manejo da doença pelos serviços de saúde responsáveis, implicando no prognóstico favorável da infecção pelo HIV e na redução da progressão da doença e óbito.

No entanto, vale ressaltar que todos os profissionais de saúde devem estar atentos ao registro das informações referentes aos cuidados prestados aos pacientes, pois como limitação deste estudo teve-se o preenchimento inadequado dos prontuários ou omissão de informações. Assim, torna-se necessário orientar a equipe de saúde quanto ao preenchimento correto de dados dos pacientes, tanto no momento de sua admissão como na permanência no hospital. Sugere-se novas pesquisas que implementem intervenções visando a redução de fatores de risco para óbito entre pessoas vivendo com HIV/aids, e que o impacto desses estudos seja avaliado a longo prazo.

Este estudo evidenciou lacunas na assistência prestada a esses pacientes, quanto às práticas de promoção da saúde. Em decorrência disso, há necessidade de intervenções para melhoria quanto ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento, a fim de diminuir as complicações inerentes à falha terapêutica, promovendo qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzindo a ocorrência de óbito por aids.

Conclusão

A análise do perfil dos óbitos de pessoas com aids mostrou que esses indivíduos se encontravam na faixa etária de 18 a 39 anos, eram desempregadas, não utilizavam terapia antirretroviral, e os que possu-

íam menor tempo de diagnóstico foram os que menos realizavam acompanhamento regular em serviços de saúde. Assim, a maioria dos pacientes do estudo não realizava acompanhamento regular de saúde e não utilizava terapia antirretroviral.

Colaborações

Franco KB, Cunha GH, Lima MAC, Peres DA, Galvão MTG e Lima RCRO contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano IV, nº 01, 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014 e 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Teixeira TRA, Gracie R, Malta MS, Bastos FI. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(2):259-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051313>
3. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy ant its representatios for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):32-40. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>
4. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2865-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
5. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Comunic Saúde Educ*. 2014; 18 (51):647-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>

6. Alves RH, Reis DC, Viegas AM, Neves JAC, Almeida TAC, Flisch TMP. Perfil epidemiológico da AIDS em contagem, Minas Gerais, Brasil, entre 2007 e 2011. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2015; 5(3):147-52. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i3.5745>
7. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de investigação de óbito por HIV/aids [Internet]. 2014 [citado 2016 jul. 10]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56593/_p_protocolo_de_investigacao_de_obitos_por_aids_p_23585.pdf
8. Antunes JLF. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo Soc.* 2015; 27(1):162-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015018>
9. Traebert J, Silva MF, Nickel DA, Schneider IJC. Estimativa da carga de doença por aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(3):517-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300017>
10. Harrison A, Colvin CJ, Kuol C, Swartz A, Lurie M. Sustained high HIV incidence in young women in southern Africa: social, behavioral and structural factors and emerging intervention approaches. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015; 12(2):207-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11904-015-0261-0>
11. Valim EMA, Dias FA, Simon CP, Almeida DV, Rodrigues MLP. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. *Cad Saúde Coletiva.* 2015; 23(1):44-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010008>
12. Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRCM. Uso de camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas Psicol.* 2013; 21(2):815-36. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE07PT>
13. Oliveira SA, Moura CB, Calgaro M, Torres SL. Motivos do não uso do preservativo entre adolescentes de um município da tríplice fronteira. *Rev Bras Educ Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 jun. 12]; 5(1):100-8. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2581/2837>
14. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1):63-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>
15. Lima TC, Freitas MIP. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, Brasil. *Rev Ciênc Méd Campinas* [Internet]. 2013 [citado 2017 jun. 06]; 22(2):77-86. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2129/1779>
16. Reis RK, Melo ES, Galvão MTG, Gir E. Health education for patients with hiv/aids: a proposal for interdisciplinary intervention. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 13(3):402-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.21120>
17. Abati PAM, Segurado AC. HIV testing and clinical status upon admission to a specialized health care unit in Pará, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49(16):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004625>
18. Silva JAG, Dourado I, Brito AMD, Silva CALD. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(6):1188-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>
19. Bellenzani R, Nemes MIB, Paiva V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. *Comunic Saúde Educ.* 2013; 17(47):803-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0051>
20. Santos MA, Nemes MIB, Nasser ACA. Adherence intervention based on constructionist care approach: the health professionals' perspective. *Temas Psicol.* 2013; 21(3):651-73. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE02PT>