

Retratamento após perda de seguimento em pacientes adolescentes e jovens vivendo com HIV: estudo caso-controle*

Camila Moraes Garollo Piran^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-9111-9992>

Alana Vitória Escritori Cargnin^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-7733-2420>

Mariana Martire Mori^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-1744-3580>

Rosana Rosseto de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

João Manuel Graça Frade²

 <https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Marcela Demitto Furtado¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1427-4478>

Destaques: **(1)** Primeiro estudo brasileiro abordando retratamento entre jovens vivendo com HIV. **(2)** A ausência de prática religiosa esteve associada a maior chance de retratamento. **(3)** Sexo, uso de álcool e morar em instituição implicam no retratamento. **(4)** Diagnóstico no CTA e falta(s) em consulta diminuíram as chances de retratamento. **(5)** Fornece *insights* sobre a prevenção do abandono permanente.

Objetivo: identificar os fatores associados ao retratamento após perda de seguimento entre adolescentes e jovens vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana. **Método:** estudo de caso-controle pareado (proporção 1/1) com coleta de dados em prontuários. Os casos foram de adolescentes e jovens, com diagnóstico referente ao Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida com retratamento após perda de seguimento. Os controles foram adolescentes e jovens diagnosticados, em perda de seguimento, sem histórico de retratamento. Para análise estatística, adotou-se regressão logística. **Resultados:** 76 casos e 76 controles foram incluídos. A variável associada à maior chance de retratamento foi não ter religião (ORaj:3,46; IC95%:1,52-7,88; p=0,003). Já os fatores que diminuíram as chances de retratamento foram 21,91 anos de idade no início do acompanhamento (ORaj:0,78; IC95%:0,62-0,98; p=0,039), sexo feminino (ORaj:0,12; IC95%:0,03-0,45; p=0,001), morar em instituição (ORaj:0,72; IC95%:0,12-0,43; p=0,004), uso de álcool (ORaj:0,20; IC95%:0,08-0,49; p<0,001), diagnóstico de Vírus da Imunodeficiência Humana no Centro de Tratamento e Aconselhamento (ORaj:0,31; IC95%:0,13-0,74; p=0,008) e falta(s) em consulta antes da perda de seguimento (ORaj:0,20; IC95%:0,07-0,52; p=0,001). **Conclusão:** o retorno ao tratamento de adolescentes e jovens vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana possui determinantes multifatoriais associados ao perfil sociodemográfico, comportamental e clínico.

Descritores: Retratamento; Perda de Seguimento; Adolescentes; Adulto Jovem; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

* O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Polytechnic University of Leiria, Leiria, Portugal.

³ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Piran CMG, Cargnin AVE, Mori MM, Oliveira RR, Frade JMG, Furtado MD. Retreatment after loss of follow-up in adolescent and young adult patients living with HIV: a case-control study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4801 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7973.4801>

ano mês dia

URL

Introdução

Estima-se que, em 2023, havia 40 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PVHIV), sendo que a cada sete novas infecções por HIV duas são entre adolescentes e jovens⁽¹⁾. Mesmo com a terapia antirretroviral (TARV) desempenhando impacto relevante na redução da morbimortalidade entre PVHIV, os adolescentes e jovens são mais expostos a contextos negativos⁽²⁾, uma vez que este grupo etário muitas vezes está ausente na cascata de tratamento do HIV⁽³⁾.

A inclusão da TARV fez com que o HIV se tornasse uma condição crônica de saúde controlável, proporcionando melhor qualidade de vida, retorno à expectativa de vida normal e impactos substanciais na prevenção e tratamento do HIV. No entanto, para os adolescentes e jovens que vivem com essa condição, ainda é desafiador manter a adesão ao tratamento em decorrência do uso diário da TARV ao longo da vida⁽⁴⁻⁶⁾.

A não adesão contínua ou perda de seguimento provoca longas interrupções do tratamento ou descontinuação da TARV, sendo uma das principais barreiras para acabar com a aids, pois pode levar à resistência aos medicamentos e, consequentemente, insucesso do tratamento⁽⁵⁻⁶⁾. Além disso, adolescentes e jovens vivendo com HIV têm resultados piores em relação ao tratamento de HIV quando comparados a outras faixas etárias que vivem com HIV, devido aos comportamentos de risco à saúde que apresentam nesta faixa etária⁽⁵⁾.

Posto isto, percebe-se que muitos adolescentes e jovens vivendo com HIV abandonam o tratamento⁽⁷⁾ e, após um determinado período, retornam ao serviço⁽⁸⁾. O retorno dos cuidados com HIV após perda de seguimento tem se tornado um comportamento de saúde comum, porém ainda pouco compreendido. O retratamento é cada vez mais presente na cascata de cuidados de HIV, nos quais muitos indivíduos entram e saem dos cuidados após início de tratamento e ao longo da vida⁽⁸⁻⁹⁾.

Embora os fatores que impulsionam a perda de seguimento ou abandono sejam estudados^(7,10-11), pouco se sabe sobre os fatores que facilitam e prejudicam o retorno ao tratamento⁽⁸⁻⁹⁾. Os resultados desse público em específico ainda são incipientes e, como consequência, impossibilitam os profissionais de saúde, como os enfermeiros que estão no gerenciamento dos serviços, de identificar os fatores associados ao retratamento e de implementar estratégias preventivas para evitar um abandono permanente⁽⁸⁾.

Explorar o retratamento após perda de seguimento em um local que realiza o tratamento em diferentes contextos poderá contribuir para a implementação de novas estratégias para melhorar os resultados entre adolescentes e jovens. Isso será crucial para o cumprimento das metas globais de eliminação da aids

até 2030. Assim, este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa: quais os fatores associados ao retorno dos cuidados com HIV entre adolescentes e jovens? Posto isto, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados ao retratamento após perda de seguimento entre adolescentes e jovens vivendo com HIV.

Método

Tipo de estudo

Estudo epidemiológico, do tipo caso-controle pareado com proporção 1 caso/1 controle de adolescentes e jovens vivendo com HIV, o qual estava aninhado a uma coorte ambispectiva. A proporção de 1:1 foi estabelecida diante do tempo hábil para execução desta pesquisa. O *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) foi utilizado para reportar o estudo como recomendado pela *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR Network)⁽¹²⁾.

Local do estudo

O local do estudo foi o Serviço de Atenção Especializada (SAE) pertencente ao Ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids da 15ª Regional de Saúde, localizado no noroeste do Estado do Paraná, Brasil. Trata-se de um serviço público, especializado e de referência que presta atendimento a Maringá e mais 29 municípios.

População

Foram definidos como casos os adolescentes e jovens com diagnóstico referente ao HIV/aids, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) — indicador de estatísticas dos agravos de mortalidade e morbidade — representado pelos códigos B20.0 a B24, com posterior retratamento após perda de seguimento. Os controles foram adolescentes e jovens com CID-10 referente ao HIV/aids, em perda de seguimento no SAE após iniciar a TARV, sem histórico de retratamento.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 10 e 24 anos, ter adquirido o HIV por transmissão sexual e ter iniciado a TARV. Destaca-se que as faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 24 anos correspondem aos períodos de adolescência e juventude, respectivamente⁽¹³⁾. Definiram-se como critérios de não inclusão: pacientes que não iniciaram a TARV e os que adquiriram HIV por transmissão vertical. E os critérios de exclusão foram: pacientes que evoluíram a óbito e quando não existia caso ou controle para o pareamento.

Definição da amostra

Foi utilizada a amostra total de 198 adolescentes e jovens vivendo com HIV que estavam em situação de perda de seguimento, atendidos no serviço entre o período de janeiro de 2017 e dezembro de 2023. Após a análise exploratória dos prontuários dos pacientes adolescentes e jovens, averiguando os critérios de seleção supracitados, foi realizado o emparelhamento amostral, buscando a maior similaridade possível entre os indivíduos.

Os grupos foram pareados pela faixa etária e ano de entrada no serviço. A variável faixa etária foi estabelecida no pareamento para proporcionar maior similaridade entre as idades dos casos e controles; mesmo que algumas idades não fossem exatamente as mesmas entre alguns pares, ainda eram próximas. Não foram incluídos 19 pacientes que não iniciaram a TARV e cinco pacientes que adquiriram HIV por transmissão vertical. Foram excluídos três óbitos e 19 pacientes que eram casos, devido à falta de controles dentro do período do estudo (Figura 1).

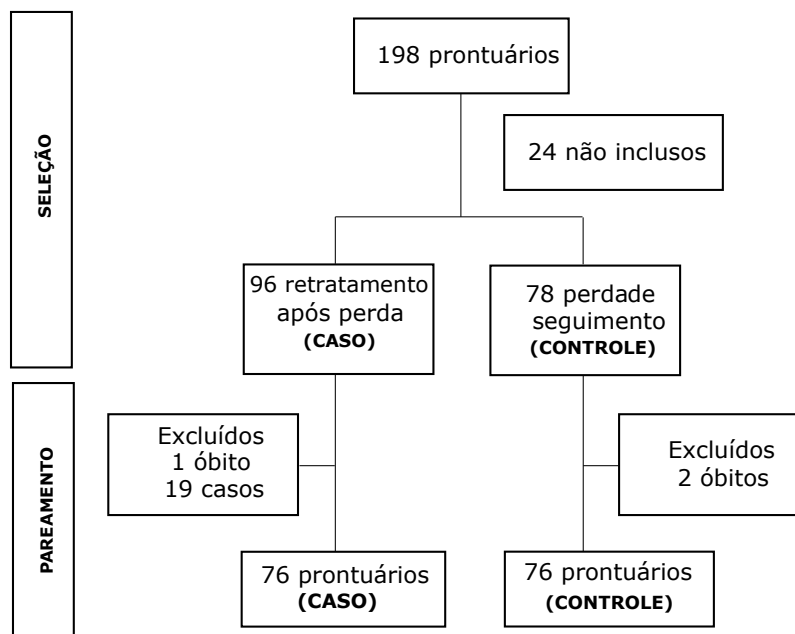


Figura 1 - Seleção dos prontuários dos adolescentes e jovens vivendo com HIV. Maringá, PR, Brasil, 2024

Variáveis do estudo

As informações dos pacientes referentes a cada variável foram coletadas nos prontuários de saúde. A variável dependente (retratamento após perda de seguimento) foi adotada para a regressão logística, com a finalidade de verificar a associação com as variáveis independentes.

Variável dependente

Adotou-se como variável dependente (desfecho) o retratamento após perda de seguimento. O retratamento ou retorno aos cuidados é definido como tratamento do paciente após o abandono, com a repetição do mesmo tratamento inicial, ou com uma medida adicional ou alternativa. O retratamento muitas vezes é utilizado com referência a uma modalidade diferente, quando a original foi usada de forma inadequada, prejudicial ou não apresentou sucesso^(8-9,14).

Variáveis independentes

Como variáveis independentes foram agrupadas as características:

- Sociodemográficas: idade no momento do diagnóstico (em anos), idade no início do acompanhamento (em anos), sexo (masculino; feminino), estado civil [sem companheiro(a), com companheiro(a)], raça/cor (branca; não branca), escolaridade (<12 anos; ≥12 anos), religião (não; sim), orientação sexual (heterossexual; homossexual/bissexual), ocupação (empregado/autônomo; estudante/do lar; desempregado), moradia (com familiares; com amigos(as); em instituição; sozinho(a); ignorada);
- Comportamentais: uso de álcool (não; sim), uso de tabaco (não; sim), uso de drogas (não; sim), parceria sexual (fixa; casual), comorbidade(s) (não; sim), transtorno(s) mental(is) (não; sim);
- Clínicas, imunológicas e laboratoriais: diagnóstico no Centro de Tratamento e Aconselhamento (CTA) (não; sim), tipo de entrada (caso novo; caso transferido), tempo de início da TARV após diagnóstico (em dias), regime inicial da TARV [Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF) + Dolutegravir (DTG); Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF) + Efavirenz (EFZ); Outro], efeito

colateral da TARV (não; sim), número de esquemas realizados (1; mais que 1) estadiamento do HIV segundo a OMS (estágio I; estágio II; estágio III; estágio IV; ignorado), primeiro resultado de carga viral (CV) (suprimida; não suprimida; indetectável; ignorado), primeira contagem de linfócitos T auxiliares CD4+ (CD4+) (em cel/mm³), resultado de CV antes da perda de seguimento (suprimida; não suprimida; indetectável; ignorado) contagem de CD4+ antes da perda de seguimento (em cel/mm³), infecção(ões) oportunista(s) (não; sim; ignorado), Outra infecção sexualmente transmissível(não; sim; ignorado), falta(s) em consulta antes da perda de seguimento (não; sim);

Instrumentos utilizados para a coleta das informações

Os dados foram coletados de fontes secundárias utilizando os prontuários de saúde disponibilizados no ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids. O instrumento de coleta de dados foi estabelecido conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, estando ele de acordo com a ficha de notificação e acompanhamento ambulatorial de casos de HIV. Para garantir a comparabilidade dos dados, foi utilizado o mesmo instrumento para os casos e os controles.

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre junho e outubro de 2024, contando com duas assistentes de pesquisa, sendo uma mestranda e outra doutoranda, ambas participantes do projeto de pesquisa. As assistentes de pesquisa foram treinadas *in loco* pela pesquisadora principal e auxiliaram na coleta e dupla checagem dos dados com a finalidade de garantir a veracidade das informações. Ambas foram cegadas para os objetivos da pesquisa tanto quanto para a questão do estudo, como estratégia para minimizar vieses de confusão e evitar relações indevidas entre as respostas. As informações foram inseridas e armazenadas em um banco de dados gerenciado pela pesquisadora principal. Além do pareamento, a variável de registro e a variável do número do prontuário foram utilizadas como informação adicional para melhor diferenciar os prontuários e minimizar o viés de seleção.

Tratamento e análise dos dados

Para tratamento dos dados, foi utilizado o *Microsoft Excel*® e depois os dados foram exportados para o *software SPSS Statistics*®, versão 25.0, para realização da análise dos dados. A princípio, foram descritas as características

sociodemográficas, comportamentais, clínicas, imunológicas e laboratoriais de adolescentes e jovens vivendo com HIV, segundo o desfecho de retratamento ou não após perda de seguimento, utilizando-se medidas de frequência absoluta e relativa, tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão). Em seguida, para verificar os fatores associados ao reingresso no tratamento entre adolescentes e jovens que haviam o descontinuado, empregaram-se modelos de regressão logística binomial.

Realizaram-se análises bivariadas para comparar cada variável com o desfecho em estudo. Aquelas que tiveram $p\text{-valor} \leq 0,25$ no teste qui-quadrado de Wald foram avaliadas em relação à multicolinearidade, a fim de que modelos multivariados parcimoniosos e robustos fossem construídos. Em seguida, modelos múltiplos foram testados por meio da metodologia de seleção *stepwise backward* de variáveis. Foram preservadas nos modelos finais as variáveis independentes com $p\text{-valor} < 0,05$ no referido teste, quando ajustadas entre si.

Como medida de associação, calcularam-se as razões de chance (*odds ratios*, OR) e razões de chance ajustada (ORaj) acompanhadas de seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). Essas razões representaram a chance aumentada ou reduzida de cada subvariável para a ocorrência do retratamento após perda de seguimento em relação às subcategorias de referência nas respectivas variáveis independentes. O modelo final foi considerado significativo em comparação ao nulo no teste *omnibus*.

Para o modelo múltiplo final, foi realizada uma análise de *receiver operating characteristic* (ROC, característica de operação do receptor), uma maneira útil de avaliar a precisão das predições do modelo. A partir disso, calculou-se a *area under the curve* (AUC, área sob a curva), representando a probabilidade de que a predição esteja na ordem correta ao observar uma variável de teste. Além disso, a sensibilidade e a especificidade do modelo final foram calculadas no ponto de corte ideal, definido pelo índice de Youden.

Aspectos éticos

Mesmo que não tenha ocorrido contato direto com os participantes, os prontuários possuíam informações sigilosas. Assim, atendendo às Resoluções n.º 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição signatária, sendo aprovado sob pareceres n.º 5.202.623/2022 e n.º 6.897.755/2024, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 52331221.3.0000.0104.

Resultados

Foram analisados 198 prontuários de adolescentes e jovens vivendo com HIV, sendo elegíveis para o estudo 152, correspondendo a 76 casos (retratamento) e 76 controles (não retratamento). Em relação às características sociodemográficas e comportamentais dos adolescentes e jovens dos casos e controles, a idade média no diagnóstico foi de 21,39 anos e 21,65 anos, respectivamente. Em ambos os grupos, a maioria era do sexo masculino e sem companheiro.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre o retratamento e as variáveis idade no início do acompanhamento ($p=0,062$), sexo ($p=0,010$), raça/cor ($p=0,233$), religião ($p=0,003$), ocupação ($p=0,114$), moradia ($p=0,032$) e uso de álcool ($p=0,022$). A chance de ocorrência de retratamento após perda de seguimento foi maior entre indivíduos de raça/cor não branca (OR: 1,55; IC95%: 0,75–3,18), os que não têm religião (OR: 2,70; IC95%: 1,39–5,25), que estão desempregados (OR: 3,04; IC95%: 0,76–12,12) e moram em instituição (OR: 0,17; IC95%: 0,03–0,86) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva e bivariada das características sociodemográficas e comportamentais de adolescentes e jovens vivendo com HIV, segundo o desfecho de retratamento ou não após perda de seguimento. Maringá, PR, Brasil, 2024

Variável	Caso	Controle	Análise bivariada (bruta)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	p-valor‡
Idade no momento do diagnóstico					
Variável contínua (em anos)	21,39(1,96) [§]	21,65(2,00) [§]	1,05	0,89–1,25	0,413
Idade no início do acompanhamento					
Variável contínua (em anos)	21,91(1,84) [§]	22,47(1,79) [§]	0,84	0,98–1,42	0,062
Sexo					
Masculino	56(73,68)	69(90,79)		Referência	
Feminino	20(26,32)	7(15,79)	0,29	0,11–0,74	0,010
Estado civil					
Sem companheiro(a)	60(78,95)	65(85,53)		Referência	
Com companheiro(a)	16(21,05)	11(14,47)	0,65	0,28–1,52	0,326
Raça/cor					
Branca	58(76,32)	51(67,11)		Referência	
Não branca	18(23,68)	25(32,89)	1,55	0,75–3,18	0,233
Escolaridade					
<12 anos	26(34,21)	24(31,58)		Referência	
≥12 anos	50(65,79)	52(68,42)	1,08	0,54–2,14	0,818
Religião					
Não	29(38,16)	48(63,16)	2,70	1,39–5,25	0,003
Sim	47(61,84)	28(36,84)		Referência	
Orientação sexual					
Heterossexual	23(30,26)	17(22,37)		Referência	
Homossexual/bissexual	53(69,74)	59(77,63)	1,45	0,70–3,02	0,313
Ocupação					
Empregado/autônomo	57(75,00)	50(65,79)		Referência	
Estudante/do lar	16(21,05)	18(23,68)	1,14	0,51–2,52	0,741
Desempregado	3(3,95)	8(10,53)	3,04	0,76–12,12	0,114
Moradia					
Com familiares	49(64,47)	36(10,53)		Referência	
Com amigos(as)	2(2,63)	12(15,79)	1,42	0,69–2,90	0,337

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Caso	Controle	Análise bivariada (bruta)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	p-valor‡
Em instituição	2(2,63)	3(3,95)	0,17	0,03–0,86	0,032
Sozinho(a)	23(30,26)	24(31,58)	0,69	0,01–4,55	0,705
Ignorada	0(0,00)	1(1,32)			
Uso de álcool					
Não	25(32,89)	39(51,32)		Referência	
Sim	51(67,11)	37(48,68)	0,46	0,23–0,89	0,022
Uso de tabaco					
Não	46(60,53)	47(61,84)		Referência	
Sim	30(39,47)	29(38,16)	0,88	0,45–1,70	0,706
Uso de drogas					
Não	52(68,42)	54(71,05)		Referência	
Sim	24(31,58)	22(28,95)	0,85	0,42–1,73	0,669
Parceria sexual					
Fixa	39(51,32)	34(44,74)		Referência	
Casual	37(48,68)	42(55,26)	1,38	0,72–2,65	0,321
Comorbidade(s)					
Não	71(93,42)	69(90,79)		Referência	
Sim	5(6,58)	7(9,21)	1,48	0,44–4,91	0,517
Transtorno(s) mental(is)					
Não	64(84,21)	61(80,26)		Referência	
Sim	12(15,79)	15(19,74)	1,24	0,53–2,91	0,612

*OR = Odds ratio; †IC95% = Intervalo de confiança de 95%; ‡p-valor referente ao teste qui-quadrado de Wald; §Média (desvio-padrão); ||Ignorados excluídos da análise bivariada

Acerca das características clínicas, imunológicas e laboratoriais dos adolescentes e jovens vivendo com HIV, notou-se que se tratavam de casos novos, sendo o tempo médio de início da TARV após o diagnóstico entre os casos e controles de 164,30 dias e 117,16 dias, respectivamente. As variáveis associadas ao retratamento foram: diagnóstico no CTA (p= 0,255), tipo de entrada no serviço (p=0,167), regime inicial da TARV (p=0,203),

efeito colateral da TARV (p=0,209), estadiamento do HIV segundo a OMS (p=0,198), infecções oportunistas (p=0,065) e falta(s) em consultas antes da perda de seguimento (p=0,034). A razão de chance do retorno ao tratamento foi maior entre o caso transferido (OR: 1,67; IC95%: 0,80–3,46) e estágio II do HIV segundo a OMS (OR: 1,66; IC95%: 0,76–3,61) quando comparados às outras categorias (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva e bivariada das características clínicas, imunológicas e laboratoriais de adolescentes e jovens vivendo com HIV, segundo o desfecho de retratamento ou não após perda de seguimento. Maringá, PR, Brasil, 2024

Variável	Caso	Controle	Análise bivariada (bruta)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	p-valor‡
Diagnóstico no CTA§					
Não	36(47,37)	31(40,79)		Referência	
Sim	40(52,63)	45(59,21)	0,68	0,35–1,31	0,255
Tipo de entrada					
Caso novo	58(76,32)	51(67,11)		Referência	
Caso transferido	18(23,68)	25(32,89)	1,67	0,80–3,46	0,167

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Caso	Controle	Análise bivariada (bruta)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	p-valor‡
Tempo de início da TARV[§] após diagnóstico					
Variável contínua (em dias)	164,30(352,50)‡	117,16(232,74)‡	0,99	0,99–1,00	0,357
Regime inicial da TARV[§]					
3TC+TDF+DTG	57(75,00)	63(82,89)		Referência	
3TC+TDF+EFZ	14(18,42)	8(10,53)	0,54	0,21–1,39	0,203
Outro	5(6,58)	5(6,58)	1,18	0,30–4,64	0,805
Efeito colateral da TARV[§]					
Não	60(78,95)	66(86,84)		Referência	
Sim	16(21,05)	10(13,16)	0,56	0,22–1,38	0,209
Número de esquemas realizados					
1	62(81,58)	67(88,16)		Referência	
Mais que 1	14(18,42)	9(11,84)	0,58	0,22–1,51	0,270
Estadiamento do HIV^{¶¶} segundo a OMS^{††}					
Estágio I	41(53,95)	38(50,00)		Referência	
Estágio II	16(21,05)	24(31,58)	1,66	0,76–3,61	0,198
Estágio III	11(14,47)	7(9,21)	0,70	0,24–2,00	0,513
Estágio IV	7(9,21)	5(6,58)	0,79	0,23–2,71	0,710
Ignorado	1(1,32)	2(2,63)			
Primeiro resultado de CV^{‡‡}					
Suprimida	59(77,63)	55(72,37)		Referência	
Não suprimida	9(11,84)	10(13,16)	1,21	0,45–3,21	0,696
Indetectável	8(10,53)	9(11,84)	1,40	0,48–4,30	0,528
Ignorado	0(0,00)	2(2,63)			
Primeira contagem de CD4^{+§§}					
Variável contínua (em cel/mm ³)	589,63(304,86)‡	600,81(285,01)‡	1,00	0,99–1,00	0,545
Resultado de CV^{‡‡} antes da perda de seguimento^{¶¶}					
Suprimida	21(27,63)	18(23,68)		Referência	
Não suprimida	10(13,16)	7(9,21)	0,81	0,25–2,58	0,817
Indetectável	45(59,21)	49(64,47)	1,27	0,60–2,69	0,529
Ignorado	0(0,00)	2(2,63)			
Contagem de CD4^{+§§} antes da perda de seguimento					
Variável contínua (em cel/mm ³)	701,47(340,39)‡	656,73(274,99)‡	1,00	0,99–1,00	0,449
Infecção(ões) oportunista(s)^{¶¶}					
Não	12(15,79)	23(30,26)		Referência	
Sim	64(84,21)	52(68,42)	0,47	0,21–1,04	0,065
Ignorado	0(0,00)	1(1,32)			
Infecção sexualmente transmissível^{¶¶}					
Não	47(61,84)	47(61,84)		Referência	
Sim	29(38,16)	28(36,84)	0,93	0,47–1,81	0,833
Ignorado	0(0,00)	1(1,32)			
Falta(s) em consulta antes da perda de seguimento					
Não	14(18,42)	26(34,21)		Referência	
Sim	62(81,58)	50(65,79)	0,44	0,20–0,93	0,034

*OR = Odds ratio; †IC95% = Intervalo de confiança de 95%; ‡p-valor referente ao teste qui-quadrado de Wald; §CTA = Centro de Tratamento e Aconselhamento; ¶TARV = Terapia antirretroviral; ¶Média (desvio-padrão); ¶¶HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ††OMS = Organização Mundial da Saúde; ‡‡CV = Carga viral; §§CD4+ = Células do sistema imunológico (linfócitos); ¶¶Ignorados excluídos da análise bivariada

O modelo final de regressão logística apresentou nível de significância com p-valor <0,05 com evidência estatística de associação para o grupo caso, sendo composto por sete variáveis. A razão de chance para retratamento entre adolescentes e jovens vivendo com HIV é de 3,46 vezes maior no grupo que não tem religião, quando comparado ao grupo que tem religião (IC95%: 1,52-7,88; p= 0,003). Já os fatores que diminuíram as chances de retratamento foram: idade de 21,91 anos

no início do acompanhamento (ORaj: 0,78; IC95%: 0,62-0,98; p= 0,039), ser do sexo feminino (ORaj: 0,12; IC95%: 0,03-0,45; p= 0,001), morar em instituição (ORaj: 0,72; IC95%: 0,12-0,43; p= 0,004), uso de álcool (ORaj: 0,20; IC95%: 0,08-0,49; p<0,001), apresentar diagnóstico de HIV no CTA (ORaj: 0,31; IC95%: 0,13-0,74; p= 0,008) e apresentar falta(s) em consulta antes da perda de seguimento (ORaj: 0,20; IC95%: 0,07-0,52; p= 0,001) (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise multivariada das características sociodemográficas, comportamentais, clínicas, imunológicas e laboratoriais de adolescentes e jovens vivendo com HIV associadas ao retratamento após perda de seguimento. Maringá, PR, Brasil, 2024

Variável	Análise multivariada (ajustada)		
	OR*	IC95%†	p-valor‡
Idade no início do acompanhamento (em anos)	0,78	0,62-0,98	0,039
Sexo			
Masculino		Referência	
Feminino	0,12	0,03-0,45	0,001
Religião			
Não	3,46	1,52-7,88	0,003
Sim		Referência	
Moradia			
Com familiares		Referência	
Com amigos(as)	0,70	0,28-1,77	0,464
Em instituição	0,72	0,12-0,43	0,004
Sozinho(a)	0,46	0,04-5,47	0,545
Uso de álcool			
Não		Referência	
Sim	0,20	0,08-0,49	<0,001
Diagnóstico no CTA§			
Não	Referência		
Sim	0,31	0,13-0,74	0,008
Falta(s) em consulta antes da perda de seguimento			
Não		Referência	
Sim	0,20	0,07-0,52	0,001

*OR = Odds ratio; †IC95% = Intervalo de confiança de 95%; ‡p-valor referente ao teste qui-quadrado de Wald; §CTA = Centro de Tratamento e Aconselhamento

Para este estudo, a AUC foi 0,82 (IC95%: 0,75-0,88), indicando que o modelo apresenta um bom desempenho. Além disso, o modelo preditivo final apresentou alta sensibilidade (81,6%) e especificidade (70,7%).

Discussão

Dentre os fatores associados ao retratamento entre adolescentes e jovens vivendo com HIV, foi evidenciado que a variável não ter religião apresenta associação

estatisticamente significativa com retorno dos cuidados de HIV. Já as variáveis de idade no início do acompanhamento, sexo feminino, uso de álcool, morar em uma instituição, diagnóstico de HIV no CTA e faltas em consultas anteriores ao abandono associam-se estatisticamente à menor probabilidade de retorno ao tratamento.

Os principais resultados deste estudo sinalizam para a relevância de detectar os fatores associados para retratamento após perda de seguimento, os intrinsecamente relacionados ao contexto de vida de

cada adolescente e jovem, assim como o de tratamento. Ainda há poucos estudos internacionais que abordam essa temática atualmente, tendo em vista a lacuna do conhecimento em relação às pesquisas voltadas ao retorno dos cuidados com HIV e sua relevância para populações prioritárias, como adolescentes e jovens^(8-9,15).

O retratamento após perda de seguimento é uma etapa crítica da cascata de tratamento do HIV, sendo necessário ser pesquisado para o alcance do paciente após qualquer falha no tratamento e assim poder facilitar o retorno⁽⁹⁾. Somado a isso, as mudanças demográficas e o aumento previsto do número de jovens vivendo com HIV ao longo dos próximos 20 anos sublinham a urgência de desenvolver modelos escaláveis de prestação de serviços de prevenção do HIV juntamente com o tratamento⁽³⁾.

Notou-se que não ter religião aumentou as chances de retorno ao tratamento; no entanto, a interpretação deve ser feita com cautela, pois religião é uma prática ou crença de fé organizada e/ou compartilhada. Enquanto espiritualidade refere-se à maneira como os indivíduos se relacionam com o transcendente⁽¹⁶⁾. A relação entre religião, estigma e HIV apresenta-se de maneira ambígua, conforme evidenciado em diferentes contextos culturais⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Um estudo realizado na Indonésia identificou que discursos religiosos conservadores frequentemente reforçam o estigma ao associarem o HIV a comportamentos considerados moralmente condenáveis, como a homossexualidade, o uso de drogas e a multiplicidade de parceiros sexuais, gerando vergonha, culpa e estigma⁽¹⁷⁾. Além disso, a afiliação religiosa influencia a intensidade do estigma; assim, indivíduos de tradições conservadoras apresentaram maior propensão a estigmatizar pessoas vivendo com HIV em comparação a outras religiões⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que ainda há uma associação entre HIV e punição divina, consequentemente, intensificando as atitudes discriminatórias e comprometendo a adesão ao tratamento. Assim, a religião se configura como um fator de duplo efeito — podendo reforçar preconceitos quando orientada por concepções moralistas ou contribuir para a redução do estigma e fortalecimento do cuidado quando pautada em discursos de inclusão e solidariedade⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Uma possível explicação é que pessoas sem religião tendem a confiar mais na medicina e, por isso, podem manter ou retomar o tratamento. No entanto, o desejo de colocar a vida sob os princípios da religiosidade pode ter se originado na crença de que se poderia sair de uma condição de saúde difícil, como o HIV⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado em Zimbábue com jovens vivendo com HIV mostrou que colocar a vida sob a direção de Deus mediante a religião estava significativamente ligado ao aumento do fracasso do tratamento⁽¹⁶⁾.

Além disso, outra explicação é o fato de que viver com HIV muitas vezes é associado a comportamentos pecaminosos e os jovens que viviam com HIV, por não serem considerados inocentes, também não eram dignos de proteção (pelas autoridades da igreja)⁽¹⁶⁾, fazendo com que eles não tivessem uma religião e buscassem o tratamento.

Dos fatores analisados quanto à sua influência negativa para o retratamento, a idade no início do acompanhamento demonstrou ser um fator que diminui as chances de retorno. Entretanto, torna-se necessária uma verificação mais aprofundada dos determinantes potenciais adicionais, uma vez que, durante a juventude, é importante o apoio psicossocial, dos familiares e das intervenções educacionais, fazendo com que tenham uma compreensão mais holística dos comportamentos de adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾.

Além disso, os adolescentes e jovens vivendo com HIV são influenciados por condições externas intimamente associadas a eles, como o esquecimento e problemas de saúde mental, contribuindo para a adesão abaixo do ideal⁽²⁰⁾.

Notou-se que ser do sexo feminino diminuiu as chances do paciente adolescente e jovem vivendo com HIV retornar ao tratamento. A diferença de sexo pode estar relacionada ao fato de que as mulheres acessam mais serviços de teste de HIV do que homens, especialmente durante o pré-natal^(11,21). Destacam-se as mulheres que engravidam, aderem ao tratamento pelo fato de quererem proteger o bebê. Estudo realizado no Sul do Brasil identificou que estar grávida aumentou as chances de adesão ao tratamento do HIV⁽²²⁻²³⁾.

Já no que se refere ao fato de as mulheres não retornarem ao tratamento, pode ser pelos desafios de serem as principais cuidadoras das crianças e dos demais membros da família, principalmente diante do adoecimento. E o fato de cuidarem da saúde dos familiares muitas vezes interfere no comparecimento às consultas e rotina com a TARV^(11,21).

A questão de as mulheres não terem um trabalho remunerado também pode influenciá-las a não comparecer às consultas e ser retiradas da TARV⁽²¹⁾. Além disso, muitas mulheres têm dificuldade em revelar o seu estado sorológico, consequentemente, precisam se esconder enquanto tomam a TARV e, dessa forma, acabam esquecendo de tomar a medicação⁽²²⁾.

Destaca-se que as desigualdades de sexo impactam diretamente no acesso e na permanência das mulheres no tratamento. Além disso, enfrentam a sobrecarga de papéis sociais, a dificuldade de negociação sexual, a dependência econômica e o estigma moral associado à soropositividade feminina; consequentemente, observam-se dificuldades não apenas na adesão inicial, mas também

no retratamento. Logo, a feminização do HIV evidencia não só o aumento de casos entre mulheres, mas também as barreiras simbólicas e estruturais que comprometem sua continuidade no cuidado⁽²⁴⁻²⁵⁾.

O fato de morar em uma instituição para o tratamento de drogas e/ou detidos também faz com que haja uma barreira na conexão com o tratamento do HIV devido à falta de moradia própria. Dessa forma, torna-se necessário aumentar o engajamento no cuidado entre pessoas vivendo com HIV, revisando os modelos de prestação de serviços e reforçando o alcance da prestação de cuidados, abordando tanto a moradia quanto a redução de danos e o tratamento de transtornos por uso de substâncias, assim como intervenções específicas de sexo e gênero⁽²⁵⁾.

Estudo realizado no Canadá mostra que a falta de moradia foi associada a uma redução de 44% nas chances de progressão geral pela cascata de cuidados do HIV, com uma redução de 41% nas chances de receber a TARV e redução de 54% em manter adesão e atingir a supressão da carga viral. Diante disso, reforça-se a necessidade de integração dos serviços para abordar os desafios interseccionais do HIV entre populações mais vulneráveis⁽²⁶⁾.

Além disso, é importante incentivar a criação de uma rede de apoio consolidada às PVHIV para que, assim, possam tornar-se mais perseverantes, confiantes e aderir melhor ao tratamento⁽²⁷⁾.

A criação de apoio social entre familiares e amigos, principalmente quando o preconceito e o estigma da comunidade são fortes, torna-se uma estratégia poderosa para a normalização social⁽²⁸⁻²⁹⁾. Logo, os profissionais de saúde devem incentivar seus pacientes a criarem novos relacionamentos sociais tanto com aqueles que aceitam o diagnóstico de HIV quanto com outras PVHIV⁽²⁸⁾. Dessa forma, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem no serviço especializado, deve identificar e mapear qual a rede de apoio do paciente presente no momento, com a finalidade de elaborar um plano de cuidado e incluí-los nele⁽²⁷⁾.

O uso de álcool também foi um fator que prejudicou o retorno aos cuidados com HIV, por conta do comprometimento da memória prospectiva e do comportamento interativo de crenças de toxicidade/evitação devido à deterioração da doença física e do comportamento social. Logo, desenvolve-se dependência ao álcool, cuja abstinência causa efeitos adversos e, dessa forma, pode acarretar a não adesão intencional e não intencional⁽³⁰⁻³¹⁾.

Outra situação que pode interferir no retratamento é a estigmatização do uso de álcool entre PVHIV que estão em uso de TARV, ou seja, a sociedade tem a percepção de que o uso de álcool é vergonhoso e irresponsável devido aos comportamentos do indivíduo; assim, agravam-se os efeitos negativos do uso de álcool na adesão ao

tratamento, comprometendo a eficácia do tratamento e a progressão da doença⁽³²⁻³³⁾.

Dessa forma, os serviços de saúde devem estar atentos ao abuso de álcool entre as PVHIV, ainda mais adolescentes e jovens, que, diante da característica da própria idade, já se submetem a comportamentos de risco em saúde. Desta forma, torna-se necessário que os cuidados sejam integrados e que possam rastrear, tratar e monitorar o abuso de álcool e o do HIV, consequentemente, reduzindo a lacuna no tratamento e os resultados ruins do uso dessa substância em todas as etapas de cuidados do HIV⁽³²⁻³³⁾.

O diagnóstico no CTA também influencia o retorno dos cuidados de HIV e, ainda que o respectivo serviço em que foi realizado este estudo tenha o aconselhamento, os próprios adolescentes e jovens têm que lidar com o estigma que compromete a capacidade de tomar a TARV abertamente e sem medo. E com a adesão comprometida, a carga viral não suprimida é quase inevitável. Assim, o aconselhamento deve destacar a natureza crônica da doença e a necessidade de tratar com TARV por toda a vida⁽³⁴⁾.

Um estudo realizado em Uganda mostra que a boa adesão à TARV é crucial para a supressão da CV, mas muitos jovens desconhecem esse fato. Além disso, os adolescentes que nunca atingiram uma CV suprimida após o início do tratamento expressaram preocupações sobre não saber a justificativa para tomar pílulas com periodicidade⁽³⁴⁾; assim, esse contexto também pode influenciar o retratamento.

A falta em consultas antes do abandono é um fator que diminui as chances de retratamento entre adolescentes e jovens vivendo com HIV, e os pacientes que apresentam esse comportamento são considerados desviantes ou não cumpridores do tratamento pelos profissionais de saúde e pelo sistema de saúde geral⁽²¹⁾.

Os adolescentes e jovens vivendo com HIV necessitam de uma vida inteira de tratamento para o HIV, sendo cruciais consultas médicas, coletas de sangue regulares e medicamentos desagradáveis⁽³⁵⁾. E somado a isso, esses pacientes ainda lidam com os contextos físicos, emocionais e sociais, afetando a tomada de decisões e os comportamentos relacionados ao acompanhamento e à adesão ao tratamento. Além disso, a perda de seguimento também piora do início da adolescência para o final da juventude/início da idade adulta, possivelmente por conta do menor envolvimento dos responsáveis e do aumento da responsabilidade e autonomia⁽³⁵⁾.

Uma estratégia para reduzir a falta nas consultas e retiradas da TARV são as prescrições para vários meses (3 ou 6 meses) ou o uso de novas tecnologias, como a TARV injetável de longa duração, que, portanto, podem

ajudar o jovem a conciliar as prioridades dos cuidados de HIV e a vida fora do serviço especializado⁽²¹⁾.

Além disso, as estratégias adicionais para melhorar a resiliência e o alcance do paciente após qualquer lacuna no tratamento podem facilitar o retorno, assim como aumentar a conscientização dos gestores e profissionais de saúde para reconhecer os esforços dos pacientes para permanecerem no acompanhamento^(21,36).

Referente à limitação do estudo, aponta-se o uso exclusivo de dados secundários a partir do prontuário dos adolescentes e jovens, os quais podem apresentar incompletude de informação e, portanto, viés de interpretação.

As implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem estão relacionadas ao desenvolvimento de um estudo que responde a uma lacuna do conhecimento voltada a este público. Os resultados permitem que os enfermeiros e demais profissionais de saúde elaborem um plano de cuidado baseado na necessidade do paciente adolescente e jovem com a finalidade de prevenir o abandono permanente do tratamento. Sugerem-se futuros estudos sobre o reengajamento, ou seja, o retorno ao tratamento dos adolescentes e jovens vivendo com HIV voltado às medidas desses preditores para pesquisar seus mecanismos de efeito causal no retratamento.

Conclusão

O retorno ao tratamento por adolescentes e jovens vivendo com HIV tem determinantes multifatoriais associados ao perfil sociodemográfico, comportamental e clínico.

Notou-se que não ter prática religiosa interfere no retratamento e os fatores negativamente associados ao retorno desse público ao serviço foram ser do sexo feminino, fazer uso de álcool, morar em instituição, diagnóstico no CTA e apresentar falta(s) em consultas antes da perda de seguimento. Esses resultados fornecem *insights* sobre a necessidade de rever as práticas em saúde para que haja prevenção do abandono permanente e promoção a retenção dos adolescentes e jovens no tratamento de HIV. Além disso, destaca-se a necessidade de ações práticas, como o fortalecimento de políticas públicas externas voltadas à moradia, maior inclusão de mulheres (não apenas gestantes) e redução de preconceitos em estratégias de prevenção, tratamento e cuidado com o HIV entre os adolescentes e jovens.

Referências

1. United Nations Children's Fund. Global and regional trends: although strides have been made in the HIV response, children are still affected by the epidemic

[Internet]. New York, NY: UNICEF; 2024 [cited 2025 Jan 23]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/global-regional-trends/>

2. Rungmaitree S, Thamniamdee N, Sachdev S, Phongsamart W, Lapphra K, Wittawatmongkol O, et al. The outcomes of transition from pediatrics to adult care among adolescents and young adults with HIV at a tertiary care center in Bangkok. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2022;21:23259582221143673. <https://doi.org/10.1177/23259582221143673>

3. Shahmanesh M, Chimbini N, Busang J, Chidumwa G, Mthiyani N, Herbst C, et al. Effectiveness of integrating HIV prevention within sexual reproductive health services with or without peer support among adolescents and young adults in rural KwaZulu-Natal, South Africa (Isisekelo Sempilo): 2x2 factorial, open-label, randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2024;11(7):e449-e460. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00119-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00119-X)

4. Smith T, Seeley J, Shahmanesh M, Psaros C, Munikwa C, Ngwenya N. Influences on decision-making about disclosure of HIV status by adolescents and young adults living with HIV in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2023;22(4):306-15. <https://doi.org/10.2989/16085906.2023.2277358>

5. Toska E, Zhou S, Chen-Charles J, Gittings L, Operario D, Cluver L. Factors associated with preferences for long-acting injectable antiretroviral therapy among adolescents and young people living with HIV in South Africa. *AIDS Behav*. 2023;27(7):2163-75. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03949-2>

6. Haas AD, Lienhard R, Didden C, Cornell M, Folb N, Boshomane TMG, et al. Mental health, ART adherence, and viral suppression among adolescents and adults living with HIV in South Africa: a cohort study. *AIDS Behav*. 2023;27(6):1849-61. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03916-x>

7. Piran CMG, Magalhães LG, Shibukawa BMC, Rissi GP, Merino MDFGL, Furtado MD. Treatment non-adherence or abandonment among adolescents and young individuals living with HIV/AIDS: a scoping review. *Aquichan*. 2023;23(2):e2322. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.2.2>

8. Beres LK, Mwamba C, Bolton-Moore C, Kennedy CE, Simbeza S, Topp SM, et al. Trajectories of re-engagement: factors and mechanisms enabling patient return to HIV care in Zambia. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(2):e26067. <https://doi.org/10.1002/jia2.26067>

9. Martinez-Guerra BA, Valdez-Ventura R, Caro-Vega Y, Sierra-Madero JG, Crabtree-Ramírez BE. Gaps in the continuum of care in HIV-positive adults and the need for caution in those returning to care after loss to follow-up. *AIDS Care*. 2023;35(10):1604-11. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2150139>

10. Mtisi EL, Mushy SE, Mkawe SG, Ndjovu A, Mboggo E, Mlay BS, et al. Risk factors for interruption in treatment among HIV-infected adolescents attending health care and treatment clinics in Tanzania. *AIDS Res Ther.* 2023;20(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00512-4>
11. Tesha ED, Kishimba R, Njau P, Revocutus B, Mmbaga E. Predictors of loss to follow-up from antiretroviral therapy among adolescents with HIV/AIDS in Tanzania. *PLoS One.* 2022;17(7):e0268825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268825>
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ.* 2007;335(7624):806. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
13. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/>
14. Biblioteca Virtual de Saúde, Descritores em Ciências da Saúde. Retrato [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33109>
15. Calabrese S, Perkins M, Lee S, Allison S, Brown G, Jean-Philippe P, et al. Adolescent and young adult research across the HIV prevention and care continua: an international programme analysis and targeted review. *J Int AIDS Soc.* 2023;26(3):e26065. <https://doi.org/10.1002/jia2.26065>
16. Wüthrich-Grossenbacher U. Young people living with HIV in Zimbabwe use the conventional, religious, and traditional health systems in parallel: findings from a mixed methods study. *Religions (Basel).* 2024;15(2):239. <https://doi.org/10.3390/rel15020239>
17. Hutahaeen BSH, Stutterheim SE, Jonas KJ. Religion, faith, and spirituality as barriers and facilitators to antiretroviral therapy initiation among people with HIV in Indonesia. *AIDS Patient Care STDS.* 2025;39(4):160-172. <https://doi.org/10.1089/apc.2024.0245>
18. Lane BL, Sabuncu C, Yang Y, Okantey B, Campbell DN, Bryant TR, et al. Discrimination and mental health among Black and Latino people living with HIV: understanding the role of religion and spirituality. *AIDS Behav.* 2025;29:2610-20. <https://doi.org/10.1007/s10461-025-04720-z>
19. Mtisi TJ, Kouamou V, Morse GD, Dzinamarira T, Ndhlovu CE. Comparing pill counts and patient self-reports versus DBS tenofovir concentrations as ART adherence measurements with virologic outcomes and HIV drug resistance in a cohort of adolescents and young adults failing ART in Harare, Zimbabwe. *J Infect Public Health.* 2024;17(9):102500. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.102500>
20. Nantambi LB, Suubi M. Assessment of factors affecting adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adolescents attending ART clinic at Kajjansi Health Centre IV, Wakiso District: a cross-sectional study. *Stud J Health Res Afr.* 2023;4(6):1-14. <https://doi.org/10.51168/sjhrafrica.v4i6.435>
21. Chamberlin S, Mphande M, Phiri K, Kalande P, Dovel K. How HIV clients find their way back to the ART clinic: a qualitative study of disengagement and re-engagement with HIV care in Malawi. *AIDS Behav.* 2022;26(3):674-85. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03427-1>
22. Zurbachew Y, Hiko D, Bacha G, Merga H. Adolescents' and youths' adherence to antiretroviral therapy for better treatment outcome and its determinants: multi-center study in public health facilities. *AIDS Res Ther.* 2023;20(1):91. <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00588-y>
23. Martins RS, Knauth DR, Vigo A, Fisch P. Marker events associated with adherence to HIV/AIDS treatment in a cohort study. *Rev Saude Publica.* 2023;57:20. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219>
24. Lourenço GO, Amazonas MCLA, Lima RDM. Neither a saint nor a whore, just a woman: the feminization of HIV/AIDS and the seropositivity experience. *Sex Salud Soc (Rio J).* 2018;30:262-81. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>
25. Sharp A, Sorokopud-Jones M, Haworth-Brockman M, Kasper K, MacKenzie L, Ireland L, et al. Sex differences in homelessness, injection drug use, and mental health conditions among people newly diagnosed with HIV in Manitoba, Canada from 2018 to 2021: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Am.* 2024;36:100805. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100805>
26. Reddon H, Fairbairn N, Grant C, Milloy MJ. Experiencing homelessness and progression through the HIV cascade of care among people who use drugs. *AIDS.* 2023;37(9):1431-40. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003570>
27. andu JBS, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS. Coping with the health condition from the perspective of people with HIV who abandoned treatment. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20210958. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0958>
28. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T, et al. Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(3):177-85. <https://doi.org/10.1007/s11904-016-0317-9>
29. Souza VB, Lima ALS, Harmuch C, Bertozzi LC, Ignachewski AJ, Barbosa C, et al. Social representations

- of primary care nurses on “being young” and prevention of HIV. *Cienc Cuid Saude*. 2024;23:e67898. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.67898>
30. Woolf-King SE, Sheinfil AZ, Ramos J, Foley JD, Moskal D, Firkey M, et al. A conceptual model of alcohol use and adherence to antiretroviral therapy: systematic review and theoretical implications for mechanisms of action. *Health Psychol Rev*. 2022;16(1):104-33. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1806722>
31. Lopez CM, Moreland A, Goodrum NM, Davies F, Meissner EG, Danielson CK. Association of mental health symptoms on HIV care outcomes and retention in treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;82:41-6. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.003>
32. Perazzo H, Gonçalves JL, Cardoso SW, Grinsztejn B, Veloso VG, Luz PM. Pathways to poor adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: the role of food insecurity and alcohol misuse. *AIDS Behav*. 2024;28(4):1173-85. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04141-w>
33. Aupibul L, Kosalaraksa P, Kawichai S, Lumbiganon P, Ounchanum P, Songtaweasin WN, et al. Alcohol use, suicidality and virologic non-suppression among young adults with perinatally acquired HIV in Thailand: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(2):e26064. <https://doi.org/10.1002/jia2.26064>
34. Izudi J, Cattamanchi A, Castelnuovo B, King R. Barriers and facilitators to viral load suppression among people living with HIV following intensive adherence counseling in Kampala, Uganda: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2024;343:116595. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116595>
35. Yusuf H, Agwu A. Adolescents and young adults with early acquired HIV infection in the United States: unique challenges in treatment and secondary prevention. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2021;19(4):457-71. <https://doi.org/10.1080/14787210.2021.1829473>
36. Beres LK, Schwartz S, Simbeza S, McGready J, Eshun-Wilson I, Mwamba C, et al. Patterns and predictors of incident return to HIV care among traced, disengaged

patients in Zambia: analysis of a prospective cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;86(3):313-22. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002554>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas: Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado. **Obtenção de financiamento:** Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado. **Supervisão e gestão do projeto:** Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado.

Recebido: 11.03.2025

Aceito: 15.09.2025

Editor Associado:
Omar Pereira de Almeida Neto

Autora correspondente:
Camila Moraes Garollo Piran
E-mail: camilagarollo@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-9111-9992>

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.