

Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso*

doi: 10.5123/S1679-49742015000100008

Women in antiretroviral therapy: sociodemographic, behavioral and medication treatment profiling, Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2011

Stela Maris de Mello Padoin

Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Samuel Spiegelberg Züge

Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Juliane Dias Aldrighi

Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Marcelo Ribeiro Primeira

Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Érika Eberline Pacheco dos Santos

Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Cristiane Cardoso de Paula

Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico, comportamental e de tratamento de mulheres em terapia antirretroviral para síndrome da imunodeficiência adquirida. **Métodos:** estudo descritivo, realizado de julho a dezembro de 2011, em hospital universitário do sul do Brasil, com mulheres maiores de 20 anos que vivem com o HIV; para a coleta de dados, utilizou-se questionário com questões fechadas e abertas. **Resultados:** foram incluídas 81 mulheres, das quais 30 possuíam idade entre 30 e 39 anos, 51 tinham Ensino Fundamental incompleto e 49, renda familiar menor que dois salários mínimos; para 66 mulheres, a forma de transmissão foi por relação sexual; acerca do tratamento, 77 mulheres sabiam por que precisavam tomar antirretrovirais, 66 não dependiam de alguém para se lembrar de tomá-los e 41 consideravam fácil realizar o tratamento. **Conclusão:** sugere-se que os serviços de saúde busquem potencializar, o comportamento de adesão considerando o perfil sociodemográfico, comportamental e de tratamento das mulheres.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe sociodemographic, behavioral and treatment profiling of women in antiretroviral therapy for Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Methods:** this was a descriptive study conducted from July to December 2011 at a university hospital in southern Brazil with women aged over 20 living with HIV; a questionnaire composed of closed and open questions was used for data collection. **Results:** 81 women participated. 30 were aged 30-39, 51 had incomplete primary education and 49 had low socio-economic conditions. 66 women acquired HIV through sexual intercourse. With regard to treatment, 77 women knew they needed to take antiretrovirals, 66 didn't depend on anybody to remember to take them and 41 women thought that treatment was easy. **Conclusion:** we suggest that health services seek to leverage adherence to treatment by taking into consideration women's sociodemographic, behavioral, and treatment profile.

Key words: Women's Health; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Epidemiology, Descriptive.

* O estudo recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) – Edital nº 022/2011 –, do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) – Edital nº 019/2011 – e do Fundo de Incentivo à Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (FIPE Junior) – Edital nº 01/2011.

Endereço para correspondência:

Stela Maris de Mello Padoin – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Avenida Roraima, nº 1000, Cidade Universitária, prédio 26, sala 1336, Bairro Camobi, Santa Maria-RS, Brasil. CEP: 97105-900
E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

Introdução

Ao final da década de 1970, foram notificados os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Inicialmente, essa doença – aids – era vinculada à população de homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Porém, o que parecia ser um padrão restrito ao sexo masculino foi descaracterizado ao longo dos anos 1990, devido ao rápido surgimento da infecção entre as mulheres.¹ O fato acarretou mudanças no perfil epidemiológico da aids e foi denominado de ‘feminização da epidemia’.²

No Brasil, esse processo também se tornou evidente. Se em 1989, a razão de sexos era de 6 casos de aids em homens para cada caso em mulheres, em 2012, essa razão diminuiu para 1,7 casos em homens para cada caso feminino.³ No período de 1980 a junho de 2012, foram notificados 241.223 casos de aids em mulheres no país, ou seja, 35,1% do total de casos do Brasil, o que mostra a magnitude da epidemia também no sexo feminino.³

Em 2009, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Os novos casos de aids nesse segmento populacional exigiram a implementação de novas estratégias, no esteio da política de prevenção da infecção. Em 2009, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, com os objetivos de (i) implementar ações para reduzir a morbidade e (ii) controlar a evolução da infecção pelo HIV.⁴ Para tanto, destacam-se o uso da terapia com medicamentos antirretrovirais (TARV) e o cumprimento de sua prescrição, fatores que influenciam diretamente a eficácia do tratamento e levam, também, à redução da mortalidade e da transmissão do vírus.⁵⁻⁸

Tais ações constituem desafios para o profissional de saúde, que necessita identificar os fatores que interferem na adesão à TARV, utilizando, como estratégia, a descrição do próprio paciente sobre suas atitudes acerca do tratamento para potencializar o comportamento de adesão.⁹ Os resultados do presente estudo poderão

implicar na prática assistencial dos serviços de saúde e na identificação do perfil das mulheres que vivem com o HIV, com a finalidade de monitorar os fatores que podem interferir em sua adesão ao tratamento.

Este estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, comportamental e de tratamento de mulheres em terapia antirretroviral para a síndrome da imunodeficiência adquirida no município de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2011.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, parte de um projeto matricial que buscou avaliar os indicadores de vulnerabilidade na adesão ao tratamento antirretroviral de adultos na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.¹⁰ De acordo com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2011, o município de Santa Maria-RS contava uma população estimada em 262.369 habitantes. Desse total, 138.336 eram do sexo feminino.¹¹ Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 1.473 pessoas tinham o diagnóstico de aids no município e 533 delas eram mulheres com 20 anos ou mais.¹²

Este estudo foi desenvolvido no âmbito de um serviço especializado de doenças infecciosas, ligado a uma universidade pública localizada na região central do Rio Grande do Sul. Tal serviço é referência, para a região central do Rio Grande do Sul, na assistência de média e alta complexidade no sistema de saúde, incluindo o atendimento a pacientes que vivem com o HIV.

Os critérios de inclusão das mulheres no estudo foram: estar em TARV para o HIV há mais de três meses e realizar acompanhamento no referido serviço. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: mulheres em regime penitenciário (pela privacidade e sigilo das informações, uma vez que é necessária a presença de um agente penitenciário na sala durante a coleta); e mulheres em período gravídico-puerperal (pelo fato de, durante a gestação, as mulheres utilizarem os medicamentos como medida profilática da transmissão vertical do HIV – e não como tratamento de sua situação de infecção –, o que ocasionaria um viés no estudo matricial que avaliou a adesão à TARV).

Dessa forma, foi construída uma amostra por conveniência, composta de 210 pacientes adultos de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 20

anos, os quais foram convidados a participar do estudo a partir de sua chegada para consulta no serviço especializado de doenças infecciosas, no período de julho a dezembro de 2011. Para o presente estudo, foram utilizadas as informações referentes às 86 pacientes de sexo feminino.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisadores previamente capacitados, que utilizaram um questionário composto por questões fechadas e abertas, aplicado em uma sala reservada do próprio ambulatório, com o propósito de assegurar o sigilo e a privacidade dos participantes. Após o convite para participação, o pesquisador esclarecia dúvidas sobre a pesquisa e diante da aceitação, o participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma retida com o pesquisador e a outra entregue ao mesmo.

Para este estudo, foram apresentados os dados referentes somente à população feminina:

- faixa etária, em anos (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 ou mais);
- escolaridade (sem escolaridade, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior incompleto, Ensino Superior completo);
- trabalho fora de casa (sim ou não);
- renda familiar, em salários mínimos (menos de 2, 2 a 4, maior que 4, não sabia);
- como adquiriu o HIV (drogas injetáveis, transmissão sexual, forma desconhecida);
- mantém relação sexual (sim ou não);
- utiliza preservativo durante a relação sexual (sempre, às vezes, nunca);
- idade da primeira relação sexual, em anos (6 a 12, 13 a 18, 19 a 24, 24 ou mais);
- sabe por que precisa tomar os antirretrovirais (sim ou não);
- depende de alguém para se lembrar de tomar as medicações antirretrovirais (sim ou não);
- utiliza alguma estratégia para se lembrar de tomar as medicações antirretrovirais (sim ou não);
- como considera o tratamento (difícil, fácil, mais ou menos);
- sente algum efeito colateral (sim ou não);
- na semana passada, deixou de tomar alguma dose do medicamento (sim ou não);
- anteontem, deixou de tomar alguma dose do medicamento (sim ou não); e

- ontem, deixou de tomar alguma dose do medicamento (sim ou não).

Para a classificação da adesão das mulheres, utilizou-se o critério do relato da ingestão de 100% das doses prescritas dos medicamentos na semana passada, anteontem ou ontem.⁸⁻¹⁰

Para a etapa de análise e processamento dos resultados, criou-se um banco de dados pelo *software* Epi Info versão 7.0, com digitação dupla e independente para minimizar erros de digitação. As frequências absolutas dos eventos foram calculadas pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) 17.

O projeto matricial foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – Parecer nº 23081.00843/2007-19, do qual faz parte o presente estudo –, e seguiu as normas brasileiras previstas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Resultados

Foram convidadas a participar do estudo 86 mulheres; 5 delas não aceitaram participar, e assim, a amostra investigada foi de 81 mulheres. Predominaram aquelas que se encontravam na faixa etária de 30 a 39 anos. Cinquenta e uma (51) mulheres referiram ter Ensino Fundamental incompleto, 52 não realizavam atividade remunerada e 49 referiram renda familiar menor que 2 salários mínimos (Tabela 1).

Para 66 mulheres, a forma de transmissão do HIV foi por via sexual; 12 responderam não saber qual foi a forma de transmissão do vírus; e 58 tiveram sua primeira relação sexual com idade entre 13 e 18 anos. No momento da aplicação do questionário, 43 mulheres mantinham relações sexuais; 30 delas informaram que, às vezes, utilizavam preservativo durante a relação sexual (Tabela 2).

Das 81 participantes, 49 foram consideradas aderentes à TARV, 77 sabiam por que precisavam tomar os antirretrovirais (ARV), 66 não dependiam de alguém para se lembrar de tomar os medicamentos, 41 consideravam fácil realizar o tratamento, 50 não utilizavam qualquer estratégia para se lembrar de tomar os medicamentos e 57 não sentiam qualquer efeito colateral relacionado à TARV. Doze (12) participantes deixaram de tomar alguma dose do medicamento na semana anterior à participação na pesquisa, 8 deixa-

ram de tomar alguma dose do medicamento no dia anterior à participação na pesquisa e 4 deixaram de

tomar alguma dose do medicamento dois dias antes da participação na pesquisa (Tabela 3).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres com HIV^a/aids^b em terapia antirretroviral (N=81) no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011

Variável	N
Faixa etária (em anos)	
20-29	5
30-39	30
40-49	26
≥50	20
Escolaridade	
Sem escolaridade	3
Ensino Fundamental incompleto	51
Ensino Fundamental completo	7
Ensino Médio incompleto	7
Ensino Médio completo	6
Ensino Superior incompleto	7
Trabalha fora de casa	
Sim	29
Não	52
Renda familiar (em salários mínimos: SM)	
<2 SM	49
2≤4 SM	21
>4 SM	9
Não sabiam	2

a) HIV: vírus da imunodeficiência humana

b) aids: síndrome da imunodeficiência adquirida

Tabela 2 – Características comportamentais das mulheres com HIV^a/aids^b em terapia antirretroviral (N=81) no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011

Variável	N
Como adquiriu o HIV^a	
Drogas injetáveis	3
Transmissão sexual	66
Desconhecida	12
Mantém relação sexual	
Sim	43
Não	38
Utiliza preservativo durante a relação sexual	
Sempre	27
Às vezes	30
Nunca	24
Idade da primeira relação sexual (em anos)	
6-12	4
13-18	58
19-24	16
>24	3

a) HIV: vírus da imunodeficiência humana

b) aids: síndrome da imunodeficiência adquirida

Tabela 3 – Características do tratamento medicamentoso das mulheres com HIV^a/aids^b em terapia antirretroviral (N=81) no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011

Variável	N
Sabe por que precisa tomar os antirretrovirais	
Sim	77
Não	4
Depende de alguém para se lembrar de tomar os antirretrovirais	
Sim	15
Não	66
Como considera o tratamento medicamentoso	
Difícil	17
Fácil	41
Mais ou menos	23
Utiliza alguma estratégia para se lembrar de tomar os antirretrovirais	
Sim	31
Não	50
Sente algum efeito colateral	
Sim	23
Não	57
Não respondeu	1
Semana passada deixou de tomar alguma dose dos medicamentos	
Sim	12
Não	69
Ontem deixou de tomar alguma dose dos medicamentos	
Sim	8
Não	73
Ontem deixou de tomar alguma dose dos medicamentos	
Sim	4
Não	77

a) HIV: vírus da imunodeficiência humana

b) aids: síndrome da imunodeficiência adquirida

Discussão

Entre as mulheres em terapia antirretroviral para a síndrome da imunodeficiência adquirida no município de Santa Maria-RS, predominou um perfil de mulheres jovens, com baixa escolaridade, trabalhadoras do lar e com renda familiar inferior a 2 salários mínimos. A principal forma de transmissão do HIV foi por relação sexual desprotegida. A maioria demonstrou possuir adesão à TARV e informou saber porque precisavam tomar os antirretrovirais, não depender de alguém para se lembrar de tomá-los e consideravam fácil realizar o tratamento; todavia, algumas delas deixaram de tomar algumas doses dos medicamentos.

Neste estudo, a faixa etária das mulheres é semelhante à descrita nos dados nacionais sobre o perfil de juvenização da epidemia da aids; ou seja, confirma-se o aumento nas notificações de infecção entre a população de adultos jovens. No Brasil, a média de idade

de pessoas infectadas é de 35 anos, com o maior número de notificações concentradas na faixa etária de 30 a 39 anos, tanto no ano de 2012 quanto nos anos anteriores.³

Os baixos níveis de escolaridade e renda observados neste estudo vão ao encontro da indicação de que se trata de marcadores socioeconômicos e preditores no processo de pauperização da epidemia, característica predominante nas notificações da população com HIV das diversas regiões do Brasil.¹³ Além disso, o maior número de óbitos pela doença estão concentrados em pessoas com menor grau de escolaridade e dedicadas a trabalhos que exigem menor qualificação.⁶

A escolaridade é um fator capaz de influenciar na realização do tratamento antirretroviral, uma vez que são necessários o entendimento e a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Tais informações permitirão facilitar a conscientização sobre a importância da realização da TARV correta-

mente, além de mostrar a viabilidade de mudanças no sentido de adquirir hábitos e comportamentos saudáveis.¹³⁻¹⁵

A predominância do modo de exposição sexual ao HIV das mulheres, observada neste estudo, é semelhante à do perfil de mulheres vivendo com o HIV no Brasil,³ bem como aos achados de estudos que buscam identificar características relacionadas à vulnerabilidade feminina.^{15,16} Alguns estudos relacionam a exposição sexual e as relações de gênero, uma vez que ainda cabe ao homem decidir sobre as práticas sexuais.^{17,18}

Quanto à relação sexual e ao uso do preservativo, a maioria das mulheres consultadas era sexualmente ativa e nem sempre utilizava preservativo durante a relação sexual. Tal fato pode ser influenciado pela confiança em seus parceiros: na relação conjugal tradicional, o sexo protegido é visto como sinônimo de um comportamento fora do modelo monogâmico, insinuando desconfiança ou falta de fidelidade por parte dos parceiros.¹⁸

A não utilização do preservativo pelas mulheres que vivem com o HIV pode levar à possibilidade de transmissão do vírus ao parceiro ou à reinfecção. Um dos fatores alegados por mulheres para não usar preservativo é a falta de preocupação quanto a gestação.¹⁹ Em contraponto, um estudo sobre sexualidade de mulheres vivendo com o HIV, realizado em São Paulo, apontou que a maioria delas não utilizava o preservativo por adotarem outros métodos para evitar a gestação, como coito interrompido, métodos hormonais e laqueaduras.²⁰

Esses comportamentos remetem à necessidade de discutir com as mulheres e seus parceiros acerca do uso do preservativo, não só como método contraceptivo²⁰ mas também como um método de proteção, capaz de diminuir a possibilidade de reinfecção ou a transmissão da infecção para o outro.

Para algumas mulheres, manter relação sexual sabendo que podem infectar o parceiro ou reinfetar-se implica perder a libido, preferindo abdicar da vida sexual a criar laços de sofrimento e medo.¹⁷ Mesmo enfrentando dificuldades relacionadas à revelação do diagnóstico ao parceiro e por conseguinte, negociação do uso do preservativo, estudos mostram que mulheres vivendo com HIV e que ainda mantêm vida sexual e afetiva, afirmam que as relações sexuais melhoraram a partir do diálogo sobre sua condição de soropositiva.¹⁵

No presente estudo, grande parte das mulheres relatou saber por que precisavam tomar os ARV. Este dado diverge de outro estudo, segundo o qual boa parte das pessoas em tratamento com ARV não sabem a respeito da terapia, têm informações equivocadas e desconhecem a necessidade de tomar os medicamentos durante toda a vida.²¹

No que se refere à realização de atividade remunerada, a maioria das mulheres declararam não exercer qualquer tipo de atividade fora de casa, este fato pode interferir nas condições socioeconômicas da família e na manutenção da realização da TARV, pois o tratamento exige nutrição adequada, despesas para ir às consultas periodicamente e utilização de outras medicações, além dos ARV.^{13,14}

O fato de 15 das 81 mulheres dependerem de alguém para se lembrar de tomar os ARV pode estar relacionado a elas serem as responsáveis por administrar as rotinas familiares. Esta é a razão de utilizarem estratégias para se lembrar de tomar os medicamentos.²²⁻²⁴ Este estudo não buscou avaliar as estratégias utilizadas pelas mulheres. Porém, estudos apontam que algumas das estratégias para se lembrar de tomar os medicamentos podem comprometer o tratamento, como aquelas que não possuem regularidade nos horários, sendo definidos pelas atividades do dia-a-dia, como: horário para dormir, acordar, fazer as refeições.^{24,25}

As mulheres investigadas consideram fácil realizar o tratamento, possivelmente por não apresentarem efeitos colaterais da medicação. Esse dado também foi encontrado em outro estudo, indicando que essa percepção favorece o seguimento do tratamento da melhor maneira possível.²³

Tem-se apontado uma preocupação relacionada ao surgimento de efeitos colaterais da TARV, como riscos de doenças cardiovasculares e hiperglicemia.²⁶ Outrossim, as alterações da imagem corporal causadas pela lipodistrofia geram insatisfação e expressam uma dimensão da representação social da TARV, em que a imagem corporal se torna um novo estigma, na medida em que favorece o reconhecimento por terceiros de sinais indicativos de possível condição sorológica positiva para o HIV.^{27,28}

As limitações deste estudo referem-se ao tamanho da amostra investigada, à restrição do cenário a um hospital universitário do interior do sul do país e à utilização de um questionário de coleta de dados

limitado, quanto à possibilidade de comparação com outros estudos que utilizaram instrumentos validados. Ademais, as informações foram autorreferidas – não foram averiguadas em outra fonte de dados –, o que pode ocasionar viés na informação coletada: as participantes podem ter autorreferido comportamentos considerados apropriados.

Recomenda-se que a atuação da equipe de saúde vá além da assistência centrada na utilização dos medicamentos e seus efeitos. Sugere-se uma atenção à saúde das mulheres que contemple a individualidade, levando em consideração seu perfil sociodemográfico e comportamental diante do tratamento; e que, por meio da educação em saúde, promovam-se ações que ampliem o conhecimento das pessoas, incentivando comportamentos potencializadores da adesão à terapia antirretroviral como prioridade nas ações de controle da epidemia da aids.

Referências

1. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2009;25 supl 2:321-33.
2. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCE, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(1):62-6.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e AIDS. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2013 Dec;2(1):1-64.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
5. Félix G, Ceolim ME. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 ago;46(4):884-91.
6. Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol Serv Saude*. 2007 set; 16(3):195-205.
7. Gonçalves ZR, Kohn AB, Silva SD, Louback BA, Velasco LCM, Naliato ECO, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):9-14.
8. Lorscheider JA, Geronimo K, Colacite J. Estudo da adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS de pacientes atendidos no município de Toledo/PR. *Acta Biomed Brasiliensia*. 2012 jun;3(1):41-51.
9. Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm*. 2009 mar-abr;62(2):213-20.
10. Padoin SMM, Zuge SS, Santos EEP, Primeira MR, Aldrighi JD, Paula CC. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Cogitare Enferm USP*. 2013 jul-set;18(3):446-51.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2011 [Internet]. 2011 [citado 2014 nov 22]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Municipios_TCU.pdf
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Dados do sistema de agravos e notificação - SINAN [Internet]. 2014 [citado 2014

Agradecimentos

Ao Hospital Universitário de Santa Maria, que permitiu a coleta de dados e realização do estudo.

Aos estudantes do curso de graduação em Enfermagem e bolsistas de iniciação científica que participaram da fase de coleta de dados.

Contribuição dos autores

Züge SS, Aldrighi JD, Primeira MR e Santos EEP contribuíram com a coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Padoin SMM e Paula CC contribuíram no delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

- nov 16]. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/RS.def>
13. Fonseca MGP, Travassos C, Bastos EI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saude Publica*. 2003 set-out;19(5):1351-63.
 14. Costa DAM, Zago MME, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm*. 2009 set-out;22(5):631-7.
 15. Irf G, Soares RB, Souza AS. Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/AIDS. *Rev Econ*. 2010 mai-ago;11(2):333-56.
 16. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014 jan-fev;22(1):1-8.
 17. Almeida LCG, Rivemales MCC, Parga ES, Paiva MS. HIV/AIDS: comportamento sexual de mulheres e homens soropositivos. *Rev Baiana Enferm*. 2008-2009 jan-dez;22-23(1-3):79-90.
 18. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/ HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 jun;43(2):401-6.
 19. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2002 nov-dez;18(6):1609-20.
 20. Figueiredo R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. *Cienc Saude Coletiva*. 2010 jun;15 supl 1:1175-83.
 21. Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saude Publica*. 2004 set-out;20(5):1388-97.
 22. Colombrini MRC, Lopes MHBM, Moralez de Figueiredo R. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
 23. Santos WJ, Drumond EE, Freitas E, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte - MG. *Rev Bras Enferm*. 2011 nov-dez;64(6):1028-37.
 24. Diaz-Bermúdez XP, Merchán-Hamann E, Carvalho CV. “Eu não esqueço de jeito nenhum”: reflexões sobre estratégias de adesão às terapias antirretrovirais em Brasília. *Tempus Actas Saude Coletiva*. 2011;5(2):117-25.
 25. Martins SS, Martins TSS. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. *Texto Contexto Enferm*. 2011 jan-mar;20(1):111-8.
 26. Leite LHM, Sampaio ABMM. Risco cardiovascular: marcadores antropométricos, clínicos e dietéticos em indivíduos infectados pelo vírus HIV. *Rev Nutr*. 2011 jan-fev;24(1):79-88.
 27. Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery*. 2014 jan-mar;18(1):32-40.
 28. Leite LHM, Papa A, Valentini RC. Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. *Rev Nutr*. 2011 nov-dez;24(6):873-82.

Recebido em 05/03/2014
Aprovado em 06/12/2014