

Controle ineficaz da saúde: análise de conceito

Ineffective health control: concept analysis

Gestión ineficaz de la salud: análisis de concepto

Wenysson Noieto dos Santos^I

ORCID: 0000-0002-2093-5415

Rudval Souza da Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-7991-8804

Francisca Marta de Lima Costa Souza^I

ORCID: 0000-0002-2442-9499

Rebecca Stefany da Costa Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-1191-0232

Izaque Cavalcanti de Oliveira^{IV}

ORCID: 0000-0002-1756-6495

Richardson Augusto Rosendo da Silva^I

ORCID: 0000-0001-6290-9365

^IUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal,
Rio Grande do Norte, Brasil.

^{II}Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim,
Bahia, Brasil.

^{III}Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró,
Rio Grande do Norte, Brasil.

^{IV}Centro Universitário Facex. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos WN, Silva RS, Souza FMLC, Santos RSC, Oliveira IC,
Silva RAR. Ineffective health control: concept analysis.
Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190158.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0158>

Autor Correspondente:

Wenysson Noieto dos Santos
E-mail: wenysson-noieto@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Elucir Gir

Submissão: 12-05-2019 **Aprovação:** 05-09-2020

RESUMO

Objetivos: identificar e sintetizar o conceito de Controle Ineficaz da Saúde. **Métodos:** estudo de Análise de Conceito na perspectiva de Walker e Avant, desenvolvido a partir de uma revisão integrativa utilizando-se das bases de dados Scopus, LILACS, PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Science Direct e Cochrane, com os descritores: Adesão à Medicação; Cooperação e Adesão ao Tratamento e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. **Resultados:** foram identificados cinco atributos críticos para o conceito, a saber: recusa do paciente em seguir o plano terapêutico; abandono do tratamento e agravamento de sinais e sintomas; dificuldade para alcançar metas pactuadas; dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde; processo multifatorial e dinâmico. **Conclusões:** o conceito Controle Ineficaz da Saúde se caracteriza por um processo multifatorial e dinâmico evidenciado pela recusa do paciente em seguir plano terapêutico, favorecendo o abandono do tratamento e tendo como consequências o agravamento de sinais e sintomas e não alcance das metas. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Formação de Conceito; Adesão à Medicação; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

Objectives: to identify and synthesize the concept of Ineffective Health Control. **Methods:** it is Concept Analysis from the perspective of Walker and Avant, operationalized by an integrative review in the databases Scopus, LILACS, PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Science Direct e Cochrane, using the descriptors: Adhesion to Medication; Cooperation and Adherence to Treatment and Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Results:** five critical attributes were identified for the concept, namely: patient's refusal to follow the therapeutic plan; abandoning treatment and worsening signs and symptoms; difficulty in reaching agreed goals; difficulty following health professionals' guidelines; multifactorial and dynamic process. **Conclusions:** the concept of Ineffective Health Control is characterized by a multifactorial and dynamic process evidenced by the patient's refusal to follow a therapeutic plan, favouring the abandonment of treatment and resulting in the worsening of signs and symptoms and failure to reach goals. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Cooperation and Adherence to Treatment; Concept Formation; Adhesion to Medication; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

RESUMEN

Objetivos: identificar y sintetizar el concepto de Gestión Ineficaz de la Salud. **Métodos:** se trata de Análisis de Concepto en la perspectiva de Walker y Avant, operacionalizada por una revisión integrativa en las bases de datos Scopus, LILACS, PubMed, CINAHL, *Web of Science*, Science Direct e Cochrane, con los descriptores: Adherencia a la medicación; Cooperación y adherencia al tratamiento; y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **Resultados:** han sido identificados cinco atributos críticos para el concepto, a saber: recusa del paciente en seguir el plan terapéutico; el abandono del tratamiento y la agravación de señales y síntomas; la dificultad para alcanzar metas pactadas; la dificultad en seguir las orientaciones de los profesionales de salud; el proceso multifactorial y dinámico. **Conclusiones:** el concepto Gestión Ineficaz de la Salud se caracteriza por un proceso multifactorial y dinámico evidenciado por la recusa del paciente en seguir el plan terapéutico, favoreciendo el abandono del tratamiento y teniendo como consecuencias la agravación de señales y síntomas y no alcance de las metas. **Descriptorios:** Diagnóstico de Enfermería; Cooperación y Adhesión al Tratamiento; Formación de Concepto; Adhesión a la Medicación; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) corresponde ao período mais avançado da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Apresenta-se como um desafio global, desde a sua descoberta, com estreita relação aos aspectos clínicos, epidemiológicos, econômicos, socioculturais e familiares, repercutindo na necessidade da implementação de políticas públicas para o enfrentamento das barreiras estruturais e sociais para o diagnóstico e intervenções, bem como discriminação e estigma associados à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA). No mundo, estima-se que 37,9 milhões de pessoas vivam com o vírus. No Brasil, desde o início da epidemia, de 1980 até junho de 2019, o número de casos diagnosticados é de 966.058, com um registro anual numa média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos⁽¹⁾.

A aids instituiu mudanças no estilo de vida, que se relacionam aos comportamentos e crenças apreendidos e arraigados pelas pessoas na convivência social. Portanto, é inegável que o controle da saúde da PVHA não se limita apenas à abordagem do corpo doente, mas requer que seja lido em consideração a experiência de vida e a subjetividade como perspectivas indispensáveis no processo de adoecer e cuidar de si.

O diagnóstico de "Controle Ineficaz da Saúde" está presente na Taxonomia II da NANDA-I no Domínio 1 - Promoção da Saúde, Classe 2 - Controle da Saúde. É definido como "Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde"⁽²⁾. Todavia, percebe-se que há lacunas quanto às suas características definidoras com relação à população de PVHA.

Destarte, os profissionais envolvidos na assistência à PVHA, sobretudo os enfermeiros, necessitam compreender que as intervenções são complexas e visam favorecer o autocontrole da saúde por parte do paciente. É importante que o enfermeiro se certifique de que o paciente compreendeu as informações recebidas e do quanto as leva em consideração, promovendo meios para uma conscientização no tocante aos resultados positivos do tratamento visando evitar o controle ineficaz da saúde. Nesse contexto, o enfermeiro deve utilizar a capacidade cognitiva, seus conhecimentos científicos, raciocínio clínico e experiência prática para avaliar as manifestações clínicas apresentadas pelo indivíduo, identificando os Diagnósticos de Enfermagem (DE) de modo a direcionar as intervenções de enfermagem para uma assistência adequada.

Para tal, lançou-se mão da análise de conceito como um recurso metodológico que objetiva examinar os elementos básicos de um conceito, auxiliar na definição de conceitos obscuros, além de permitir a construção de hipóteses que reflitam com precisão as relações entre os conceitos. Embora os diagnósticos propostos pela NANDA-I sejam bem reconhecidos e aplicados em diversos cenários clínicos, entende-se haver limitações na sua definição quanto a áreas específicas (p.ex., a da PVHA), o que justifica desenvolver estudos em busca de acurácia diagnóstica e refinamento conceitual para definição de intervenções de enfermagem apropriadas; ademais, torna-se possível trazer visibilidade para a enfermagem enquanto ciência.

Com isso, surgiu a necessidade de conhecer novos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem "Controle Ineficaz da Saúde", aplicado às PVHAs, por meio dos seguintes

questionamentos: Quais os indicadores clínicos que caracterizam o Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com aids? Quais os fatores que antecedem o Controle Ineficaz da Saúde e suas consequências em pessoas vivendo com aids?

Assim, torna-se essencial a clarificação de novos indicadores clínicos que possibilitem maiores evidências e suporte teórico para fundamentar a prática de enfermagem direcionada ao diagnóstico Controle Ineficaz da Saúde em PVHA.

OBJETIVOS

Identificar e sintetizar o conceito de Controle Ineficaz da Saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

No presente estudo, utilizou-se da literatura disponibilizada em bases de dados. Assim, não foi necessário apreciação por um Comitê de Ética e Pesquisa, entendendo se tratar de material de domínio público e que não envolve diretamente seres humanos.

Tipo de estudo

Estudo do tipo Análise de Conceito, orientado pelo referencial teórico-metodológico de Walker e Avant⁽³⁾, o qual compreende oito etapas, a saber: seleção do conceito; determinação da objetivos da análise; reconhecimento dos possíveis usos do conceito; delimitação dos atributos definidores; caracterizar um caso-modelo; definição de casos adicionais; apresentação dos antecedentes e consequentes do conceito; e por fim, definição das referências empíricas⁽⁴⁾. Para efetivação da análise optou-se pela revisão integrativa da literatura segundo o referencial de Whittemore e Knalf⁽⁵⁾, a qual permitiu uma organização dinâmica do conhecimento gerado sobre o conceito estudado.

As etapas expressaram a identificação da questão de pesquisa, procura nas bases de dados, sua avaliação, análise dos resultados e apresentação da revisão de modo a subsidiar a análise conceitual. Para esse momento da revisão, foram elaboradas as seguintes perguntas de investigação: Quais os indicadores clínicos que caracterizam o Controle Ineficaz da Saúde na população de risco de PVHA? Quais os antecedentes (fatores relacionados) e respectivos consequentes (características definidoras) do Controle Ineficaz da Saúde?⁽⁴⁾

Coleta e organização dos dados

A busca ocorreu nos meses de janeiro a março de 2018, via acesso ao portal da CAPES a partir das seguintes bases de dados: *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), *Science Direct*, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde* (LILACS), *Scopus*, *Web of Science* e *Cochrane*.

A busca se deu de forma não controlada, utilizando-se de descritores indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), nos idiomas inglês, português e espanhol: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, *Cooperation and Adherence to Treatment*, *Adherence to Medication*, com os

subsequentes cruzamentos em todas as bases: *Cooperation and Adherence to Treatment AND Adherence to Medication; Cooperation and Adherence to Treatment AND Acquired Immunodeficiency Syndrome; Acquired Immunodeficiency Syndrome AND Adherence to Medication*. Foi utilizado o operador booleano AND nos cruzamentos, bem como estes foram realizados do mesmo modo em todas as bases de dados.

Após a aplicação dos critérios estabelecidos, os artigos foram submetidos à análise de título e resumo dos manuscritos para a seleção da primeira amostra (n = 229). Em seguida, para confirmar se os elementos sustentadores da análise de conceito estivessem presentes, foi realizada a leitura na íntegra dessa amostra, de modo que resultou numa amostra final de 46 artigos.

RESULTADOS

Em relação aos 46 estudos selecionados sobre o conceito Controle Ineficaz da Saúde, o campo de atuação que mais prevaleceu foi o da medicina (52,2%), seguido pela enfermagem (17,4%), saúde pública (15,2%), multidisciplinar (10,9%) e ciências biológicas (4,3%). Em relação ao delineamento predominaram os estudos descritivos (76,1%), seguidos por estudos de coorte ou casocontrole (15,2%), ensaios clínicos randomizados (6,5%) e, em menor número, as revisões sistemáticas (2,2%). Na sua maioria envolveu a população adulta (95,6%), seguida dos adolescentes (2,2%) e crianças (2,2%). O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos.

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na fase da revisão integrativa (N = 46)⁽⁴⁾, 2020

Estudos	Ano/País/ Base de Dados/ Área	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (NE)	Atributos do conceito
E1 ⁽⁶⁾	2018/Gana/ Scopus/I	Descritivo NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde
E2 ⁽⁷⁾	2018/Etiópia/ Scopus/II	Coorte longitudinal NE = 3	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E3 ⁽⁸⁾	2017/ Suazilândia/ Scopus/I	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E4 ⁽⁹⁾	2017/Índia/ PubMed/ I	Transversal NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E5 ⁽¹⁰⁾	2017/África do Sul/ PubMed/II	Estudo descritivo NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E6 ⁽¹¹⁾	2017/Reino Unido/ Cochrane/I	Revisão sistemática NE = 1	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E7 ⁽¹²⁾	2017/Zâmbia/ Scopus/III	Transversal NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde
E8 ⁽¹³⁾	2017/Uganda/ Scopus/ II	Descritivo NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E9 ⁽¹⁴⁾	2016/Burkina Faso/Scopus/II	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E10 ⁽¹⁵⁾	2016/ Holanda/ PubMed/II	Transversal NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde

Continua

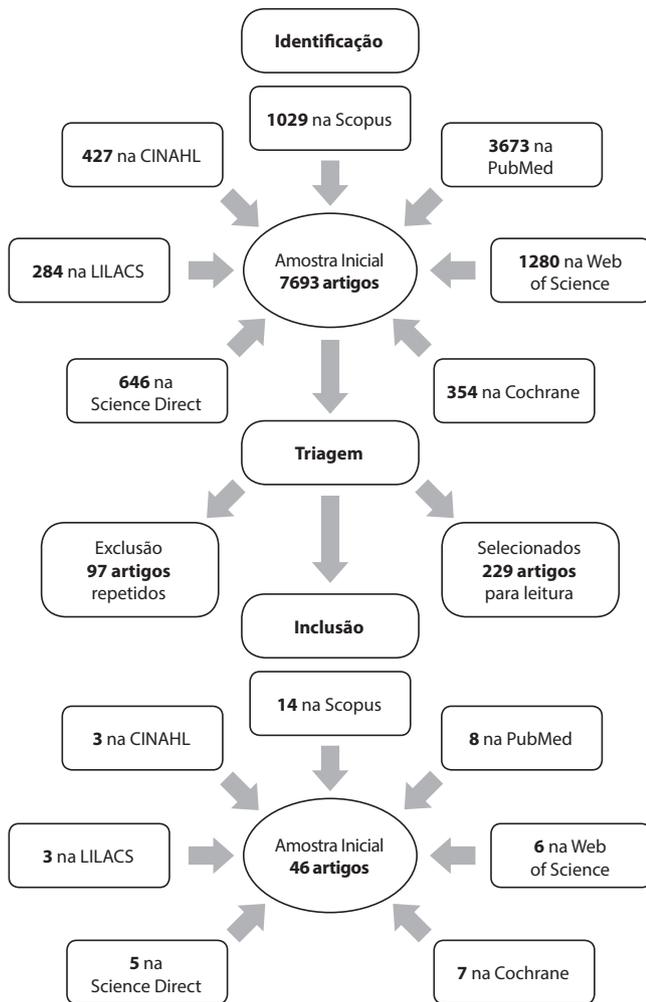


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos⁽⁴⁾, Brasil, 2020

A amostra inicial contou com 7.693 artigos como pode ser visto na Figura 1. O passo seguinte se deu com a aplicação dos critérios de seleção para refinamento do processo de busca, a saber: artigos disponibilizados na íntegra, estudos que respondam as questões norteadoras e publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol. E como critérios de exclusão: editoriais, cartas ao editor, notas prévias, pesquisas em andamento, resenhas e protocolos. Tratando-se de um estudo de análise de conceito, o qual procura abranger as evidências científicas quanto às definições e conceitos sobre um fenômeno em estudo, admitiu-se incluir estudos de revisões sistemáticas, haja vista que a exclusão destes poderia fomentar uma significativa limitação de informações expressivas.

Continuação do Quadro 1

Estudos	Ano/País/ Base de Dados/ Área	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (NE)	Atributos do conceito
E11 ⁽¹⁶⁾	2016/EUA/ PubMed/II	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E12 ⁽¹⁷⁾	2015/Vietnã/ PubMed/III	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E13 ⁽¹⁸⁾	2015/EUA/ PubMed/II	ECR* NE = 2	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde
E14 ⁽¹⁹⁾	2015/África do Sul/ PubMed/III	Descritivo NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde
E15 ⁽²⁰⁾	2015/ Austrália/ PubMed/IV	Descritivo NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde
E16 ⁽²¹⁾	2015/EUA/ Scopus/V	Transversal NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E17 ⁽²²⁾	2014/ Tanzânia/ Scopus/V	Coorte NE = 3	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E18 ⁽²³⁾	2014/Brasil/ LILACS/II	Transversal NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E19 ⁽²⁴⁾	2017/Brasil/ Scopus/II	Transversal NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E20 ⁽²⁵⁾	2016/Brasil/ LILACS/IV	Transversal NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E21 ⁽²⁶⁾	2017/EUA/ Web of Science/II	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E22 ⁽²⁷⁾	2017/Etiópia/ Web of Science/II	Coorte NE = 3	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E23 ⁽²⁸⁾	2017/Nigéria/ Web of Science/II	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E24 ⁽²⁹⁾	2018/EUA/ Web of Science/II	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E25 ⁽³⁰⁾	2017/Uganda/ Web of Science/IV	Transversal NE = 6	Dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde
E26 ⁽³¹⁾	2017/EUA/ Web of Science/IV	ECR* NE = 2	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E27 ⁽³²⁾	2017/China/ Scopus/II	ECR* NE = 2	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E28 ⁽³³⁾	2017/ Austrália/ Cochrane/II	Revisão sistemática NE = 1	Processo multifatorial e dinâmico que determina o controle ineficaz da saúde
E29 ⁽³⁴⁾	2016/África do Sul/Scopus/II	Coorte NE = 3	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico

Continua

Continuação do Quadro 1

Estudos	Ano/País/ Base de Dados/ Área	Tipo de Estudo/ Nível de Evidência (NE)	Atributos do conceito
E30 ⁽³⁵⁾	2016/Zâmbia/ Scopus/II	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E31 ⁽³⁶⁾	2016/ Tanzânia/ Scopus/II	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E32 ⁽³⁷⁾	2016/ Moçambique/ Science Direct/I	Descritivo NE = 6	Dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde
E33 ⁽³⁸⁾	2016/EUA/ Scopus/II	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E34 ⁽³⁹⁾	2017/EUA/ Cochrane/II	Revisão sistemática NE = 1	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E35 ⁽⁴⁰⁾	2014/EUA/ Science Direct/II	Coorte NE = 3	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E36 ⁽⁴¹⁾	2014/Namíbia/ Science Direct/I	Descritivo NE = 6	Recusa do paciente em seguir o plano terapêutico
E37 ⁽⁴²⁾	2015/Brasil/ Science Direct/IV	Transversal NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E38 ⁽⁴³⁾	2018/ Austrália/ Science Direct/II	Transversal NE = 6	Dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde
E39 ⁽⁴⁴⁾	2016/ Austrália/ Cochrane/II	Revisão sistemática NE = 1	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E40 ⁽⁴⁵⁾	2014/Nigéria/ PubMed/I	Descritivo NE = 6	Dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde
E41 ⁽⁴⁶⁾	2017/Malawi/ Cinahl/I	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E42 ⁽⁴⁷⁾	2016/Lesoto/ PubMed/I	Descritivo NE = 6	Dificuldade em seguir as orientações dos profissionais de saúde
E43 ⁽⁴⁸⁾	2015/Kênia/ PubMed/III	Descritivo NE = 6	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E44 ⁽⁴⁹⁾	2013/ Tanzânia/ Cinahl/II	Coorte NE = 3	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E45 ⁽⁵⁰⁾	2014/República Dominicana/ Cinahl/II	Coorte NE = 3	Abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas
E46 ⁽⁵¹⁾	2013/Brasil/ LILACS/I	Descritivo NE = 6	Dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde

Nota: Área I - enfermagem; II - medicina; III - multidisciplinar, IV - saúde pública e V - ciências biológicas; *ECR - Ensaio Clínico Randomizado.

Atributos críticos

Entende-se por atributos os componentes que elucidam o conceito, ou seja, aquelas características que determinará o controle ineficaz em saúde nas pessoas que vivem com aids. Para a PVHA, as suas necessidades vão além do tratar a doença e envolvem todo um contexto emocional e social que perpassa pelas dificuldades em lidar diariamente com situações como sintomas depressivos, estigma, discriminação, uma resignificação da sua história de vida, além dos efeitos adversos relacionados ao regime terapêutico. Da análise, foi possível identificar cinco atributos críticos⁽⁴⁾: recusa do paciente em seguir o plano terapêutico^(7,9-10,13,21,23-25,27,31-32,34,37,40-41,45-46,49,51); abandono do tratamento levando a resultados não efetivos e agravamento de sintomas^(8,11,14,16-17,22,26,28-29,35-36,38-39,42,44,46,48-50); dificuldade para alcançar metas pactuadas entre a pessoa e o profissional de saúde^(6,12,15,18-20,37,43,51); dificuldade em seguir as orientações dos

profissionais de saúde^(30,44-45,47); processo multifatorial e dinâmico que determina o controle ineficaz da saúde⁽³³⁾.

Antecedentes e consequentes

Os antecedentes são eventos usualmente advindos da identificação do fenômeno e contribuem para a sua consolidação. Ao tempo que em os consequentes são reconhecidos ou mesmo previstos quando existe a conexão de fatores concernentes as diversas naturezas na presença do fenômeno, uma vez desenvolvidos e não tratados⁽⁴⁾. Assim, de acordo com a terminologia adotada pela NANDA-I, os antecedentes se caracterizam como os fatores etiológicos; e os consequentes, como características definidoras.

São apresentados os antecedentes do conceito no Quadro 2 e seus consequentes no Quadro 3, em associação aos fatores relacionados e características definidoras, respectivamente, ambos expressos na NANDA-I com referência ao diagnóstico "Controle Ineficaz da Saúde".

Quadro 2 – Antecedentes do conceito Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com aids⁽⁴⁾, 2020

Antecedentes	Fatores relacionados (NANDA- I)
Uso de álcool ^(9,21,25,31,33-34,40)	SC
Efeitos colaterais aos medicamentos ^(7,11,14,17-18,22,45)	SC
Depressão ^(9,14,16,24,32-33,49)	SC
Uso de drogas ilícitas ^(17,21,23,25,31,33)	SC
Estigma ^(8-9,11,20,50)	SC
Baixa escolaridade ^(8,14-15,31,33)	SC
Ansiedade ^(16-17,24,32-33)	SC
Dificuldades financeiras ^(8,20,26,31,43)	Barreira percebida
Dificuldade de acesso adequado ao atendimento ^(7-8,12,20,33)	Barreira percebida
Falta de apoio social ^(7,15-16,41,49)	Apoio social insuficiente
Esquecimento ^(7,9,11,18)	SC
Medo de revelar a doença ^(7,9,28)	SC
Muitos comprimidos para tomar ^(18-19,51)	Dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo
Crenças de misturar o álcool e a medicação ^(9-10,21)	SC
Estar fora de casa ou viajar ^(11,18,50)	SC
Crenças religiosas incompatíveis com o plano terapêutico ^(22,28,45)	SC
Falta de apoio do parceiro e família ^(30,45-46)	Apoio social insuficiente
Sabor desagradável dos medicamentos ^(45,51)	SC
Falta de medicamentos em casa ⁽⁶⁻⁷⁾	SC
Negação da doença ^(8,19)	SC
Violência de parceiros e familiares ⁽³⁵⁻³⁶⁾	Conflito familiar
Insatisfação com o cuidado ⁽¹⁰⁻¹¹⁾	SC
Uso secreto do tratamento ⁽¹⁴⁾	SC
Falta de esperança no futuro ⁽⁴⁵⁾	SC
Idade inferior a 40 anos ⁽²³⁾	SC
Culpa ⁽⁸⁾	SC
Mudança na rotina que dificulta implementar o regime ⁽¹⁸⁾	Dificuldade de transitar por sistemas complexos de cuidados
Barreiras entre cliente e provedor ⁽¹⁹⁾	Barreira percebida
Dificuldade de entender as orientações da equipe de saúde ⁽³⁰⁾	Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico
Falta de expectativas na melhora clínica ⁽¹⁴⁾	Sentimento de impotência
Falta aos compromissos agendados ⁽⁴²⁾	SC
Crenças negativas de saúde incompatíveis com o plano ⁽⁴⁶⁾	Conflito de decisão
Discriminação ⁽¹¹⁾	SC
Menor envolvimento do paciente no tratamento devido à baixa credibilidade do serviço ⁽⁴⁸⁾	SC

Nota: SC – Sem correspondente.

Quadro 3 – Consequentes do conceito Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com aids⁽⁴⁾, 2020

Consequentes	Características definidoras (NANDA-I)
Decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento ^(21,25,31,34)	Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde
Complicações associadas ao desenvolvimento da doença ^(13,29,39,44)	SC
Distúrbios neurológicos e cognitivos ^(13,29,39,44)	SC
Distúrbios cardiovasculares ^(13,29,39,44)	SC
Manifestações coloproctológicas ^(13,29,39,44)	SC
Alterações periodontais ^(13,29,39,44)	SC
Manifestações oculares ^(13,29,39,44)	SC
Distúrbios renais ^(13,29,39,44)	SC
Neoplasias ^(13,29,39,44)	SC
Infeções oportunistas ^(8,14)	SC
Coinfecção tuberculose/HIV ^(8,14)	SC
Falha na prática da redução de fatores de risco ⁽⁶⁻⁷⁾	Falha em agir para reduzir fatores de risco
Falha em incorporar o tratamento na vida diária ⁽⁶⁻⁷⁾	Falha em incluir o regime de tratamento na vida diária
Desenvolvimento de transtornos mentais menores ⁽²⁷⁾	SC
Déficits de memória ⁽³⁸⁾	SC
Conduta de controle ineficaz da saúde ⁽⁴¹⁾	SC
Dificuldade de compreender o plano terapêutico ⁽⁴¹⁾	Dificuldade com o regime prescrito

Nota: SC – Sem correspondente.

Identificação dos referenciais empíricos

Nesta etapa foram determinadas as referências empíricas correspondentes aos atributos, consideradas como classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua presença, exprimem a ocorrência do conceito. Desse modo, foram identificados os seguintes referenciais empíricos: roteiros de entrevista^(6,8,10,13,16,19-20,22,26,31,36,41,44,50); questionários^(9,14-15,23,25,29,43,48); *Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH)*^(17-18,24,32,38,45,51); grupos focais^(30,46-47); informações da farmácia do serviço de saúde^(31,33,42); contagem de medicamentos^(21,40); ligações telefônicas⁽³⁴⁾; e autoavaliação do paciente⁽¹²⁾.

Identificação do caso-modelo e do caso adicional

Como uma forma de explicar a aplicação do conceito, foi desenvolvido um caso clínico do tipo modelo com os atributos definidores e outro adicional do tipo contrário, opondo-se ao conceito.

Caso-modelo⁽⁴⁾: A.G.L, sexo masculino, 30 anos, estudou até a 5ª série do ensino fundamental. Por motivos de esquecimento, não usa o medicamento corretamente. Tem apresentado efeitos colaterais como tontura, náuseas e vômitos. Usuário de álcool e outras drogas. Muitos comprimidos para tomar bem como tem medo de que a família descubra seu diagnóstico, além da distância de sua residência até o serviço de saúde, são manifestados como motivos que o fizeram abandonar o tratamento.

Caso contrário⁽⁴⁾: D.M.G.S, sexo feminino, 35 anos, casada, de religião católica, com diagnóstico de aids há um ano. Sente-se bem e não apresenta queixas. Dos exames laboratoriais é possível observar carga viral indetectável, contagem de LT-CD4 acima de 500. Informa fazer uso correto dos antirretrovirais, atenta aos horários e à dose dos medicamentos. Demonstra bom relacionamento com a equipe de saúde e comparece ao serviço de saúde para pegar seu medicamento regularmente.

Identificação dos possíveis usos do conceito

Durante a análise, para o conceito de Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com a aids, foi possível identificar duas definições.

Ao campo de atuação da enfermagem, o conceito revelou-se como um processo eficiente que envolve aspectos físicos, comportamentais e psicológicos, ocasionando em dificuldades relevantes para o seguimento em longo prazo⁽⁴⁵⁾, e evidenciado por um padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde⁽¹⁰⁾.

Já para o campo da medicina, a mesma definição pode ser representada como o abandono à terapia antirretroviral ligado à resposta não efetiva ao tratamento, sendo considerado um lapso que tende a aumentar os obstáculos relacionados ao HIV⁽⁷⁾, incluindo a ocorrência de readmissão relativa à aids, resistência à droga e a morbimortalidade, além da viabilidade de espalhamento de vírus resistentes⁽³³⁾. Igualmente, causa na pessoa menor contagem de células CD4, mais altos níveis de RNA viral plasmático e atraso na restauração da imunidade, com avanço da doença que pode levar à morte^(23,49).

Proposta do conceito de Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com aids

Foi possível definir o conceito como um processo multifatorial e dinâmico, que abrange fatores físicos, comportamentais, psicológicos e socioculturais relacionados à uma verdadeira batalha em seguir o plano terapêutico estabelecido entre a pessoa/cuidador e o profissional de saúde, prejudicando negativamente sua qualidade de vida e condição clínica, com consequências pessoais, econômicas e sociais às PVHAs⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, apresenta-se na Figura 2 a apresentação do conceito em questão, sua definição, com respectivos antecedentes,

consequentes e atributos, de forma que é possível esboçar os elementos do conhecimento identificados e construídos⁽⁴⁾.

A adesão ao regime terapêutico prejudicado está associada ao agravamento da condição clínica. Essa má adesão tem relação com a complexidade envolvida no tratamento, sua longa duração, diversos efeitos colaterais, baixo nível educacional, consumo de álcool e outras drogas. Todavia, a adesão à terapia medicamentosa é essencial para a supressão da replicação viral, evitando o surgimento de infecções oportunistas.

Ao alcançar o acesso aos serviços de saúde, os usuários se defrontam com rotinas e protocolos e rígidos que rotineiramente desrespeitam suas demandas. A equipe de saúde, por sua vez, também não realiza uma escuta de modo a apreender a condição de vida de cada paciente e identificar outras dificuldades de saúde, se limitando a questões pontuais e de maneira fragmentada nas suas queixas. Até após adentrar o sistema, observa-se distintas dificuldades na marcação de consultas, exames de rotina complexos e acesso a um especialista. Os profissionais de saúde também manifestam suas vulnerabilidades quando admitem que sua formação profissional não prepara para as particularidades que envolvem o cuidar da PVHA⁽¹⁹⁾.

A partir dos antecedentes apresentados no Quadro 2, verifica-se que, dos 34 apresentados, os de maior prevalência foram: consumo abusivo de álcool, efeitos colaterais e depressão. Do total de antecedentes, apenas 11 têm correlação com os fatores da NANDA-I⁽²⁾.

Estudos realizados na África do Sul evidenciaram que as taxas de uso de álcool per capita estão entre as mais altas do mundo. Há duas principais razões que podem explicar a associação entre seu uso e o abandono da terapia, a saber: os indivíduos soropositivos podem frequentemente negligenciar o uso dos medicamentos devido à influência do álcool; e eles renunciam o uso dos antirretrovirais quando bebem, com a crença de que álcool e a terapia antirretroviral não se misturam⁽³⁴⁾.

Quanto às dificuldades de adesão à terapia antirretroviral relacionadas aos efeitos colaterais, pesquisas realizadas na África Oriental destacam que a presença de efeitos colaterais exerce influência negativa na terapia antirretroviral e pode impactar diversas áreas do ser humano, desde as físicas às psicossociais⁽¹⁶⁾, sendo que a depressão afeta a capacidade do indivíduo seguir o tratamento.

O uso ativo de drogas ilícitas entre PVHAs tem estreita associação com a redução da adesão, a diminuição do acesso ao tratamento e o aumento da mortalidade. Os que informaram uso de drogas⁽²³⁾ apresentaram 2,6 vezes mais chances de não adesão à terapia. No que tange os problemas financeiros, existem indícios de que a condição de emprego e renda é fator significativo associado à não



Figura 2 – Esquemática do conceito estudado⁽⁴⁾, 2020

DISCUSSÃO

Quanto aos atributos, a busca por uma explicação acerca da recusa do paciente em seguir o plano terapêutico foi o mais prevalente, o que pode ser compreendido como uma atitude pessoal, na qual cada usuário toma sua decisão e cria formas próprias para administrar os seus riscos. Em outros estudos⁽²⁴⁾, foi possível constatar que a recusa é evidenciada pelas ausências às consultas e pela não realização dos exames solicitados, atitudes carregadas de obstáculos como contradições, afastamento e recusa do paciente em suportar o diagnóstico de HIV/aids.

adesão ao tratamento. A interferência das questões financeiras tem relação com a despesa com transporte e ao acesso deficiente ao serviço de saúde em razão da falta de transporte gratuito⁽²⁰⁾.

A falta de apoio social pode ser um fator contribuinte para que a PVHA aumente o uso do tabaco, álcool e outras drogas. Pesquisa realizada na China aponta que as chances de fumar foram significativamente maiores entre PVHAs devido a experiências estigmatizantes associadas à ausência de suporte social⁽¹⁵⁾. O medo relacionado ao julgamento social e a discriminação silenciam a família, que acaba por manter a doença sob sigilo para proteger-se. Familiares se deparam com limitações e/ou dificuldades na convivência e no cuidado com a PVHA, assim os profissionais de saúde precisam atentar para o cuidado tanto da pessoa quanto de sua família⁽³⁰⁾.

No que diz respeito aos consequentes do conceito analisado, foram identificados 17 de maior prevalência, conforme apresentados no Quadro 3. Destes, apenas quatro tem correspondentes com as características definidoras expressas na NANDA-I⁽²⁾. Falhas na adesão e abandono da terapia antirretroviral podem ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e de qualquer outra ação relacionada ao autocuidado.

Outra explicação para a elevada taxa de controle ineficaz da saúde centra-se na condição de que muitos pacientes não compreendem a doença e a dinâmica do tratamento medicamentoso. Estudo sobre o grau de adesão aponta que 1,3% dos participantes obteve baixa adesão (inadequada), 66% apresentaram adesão insuficiente, e 32,7%, adesão estrita (adequada)⁽⁴¹⁾. A não adesão é encarada como um fenômeno multideterminado e complexo, o qual tem associação a baixos níveis socioeconômicos, a insatisfação com o serviço de saúde e a prescrição de esquemas terapêuticos complexos. A manutenção do diagnóstico sob segredo é um dos elementos influenciadores que acaba por dificultar a adesão, pois, por medo de ser descoberto, a pessoa acaba por não seguir o tratamento (idas ao médico, busca de medicamentos, tomada destes, etc.)⁽²⁸⁾.

Entre as condições clínicas que prejudicam as pessoas em estágio avançado da infecção pelo HIV, as de maior gravidade e frequência são as infecções oportunistas. A depleção de células do sistema imunológico, sobretudo do subconjunto de células CD4+, é uma característica marcante da infecção pelo HIV, pois a imunossupressão contribui para que o indivíduo adquira infecções sexualmente transmissíveis e/ou aquelas oportunistas⁽¹⁴⁾.

No caso de pacientes com tuberculose (TB), eles exigem tratamento de longo prazo com vários medicamentos. E, quando esse diagnóstico se associa à PVHA, a adesão ao regime terapêutico torna-se mais difícil devida à carga extra de medicamentos, resultando em maior taxa de inadimplência. Diante dessa dificuldade, espera-se que novas estratégias sejam planejadas para o monitoramento do tratamento⁽¹⁴⁾.

Ainda, complicações sistêmicas envolvendo o sistema cardiovascular aumentam a prevalência dessa complicação nas PVHAs na era da terapia antirretroviral. Estudo⁽²⁹⁾ aponta um risco maior em 64,8% dos homens infectados em comparação com 54,8% das mulheres.

Em relação ao caso-modelo e ao adicional, importa destacá-los como exemplos para discutir o conceito de Controle Ineficaz da Saúde no ensino, contribuindo assim para o pensamento crítico no processo de formação de enfermeiros quando do planejamento dos cuidados à PVHA. Ressalta-se que, em grande parte, as dificuldades aparecem no

início do tratamento, momento no qual se requer maior envolvimento entre pacientes e profissionais de saúde. Adversidades resultantes da adaptação ao medicamento, às representações sobre o tratamento e às atividades diárias podem ser minimizadas quando se busca fortalecer o vínculo entre os envolvidos e se desenvolve uma escuta atenta por parte da equipe de saúde que vem a facilitar o diálogo em busca por soluções conjuntas e ressalta a corresponsabilização no tratamento.

Limitações do estudo

Uma limitação do estudo foi a de incluir estudos considerados de baixo nível de evidência científica, o que ocorreu por se entender que seria necessário abranger o maior número de trabalhos, frente o desejo de reunir definições e reconhecer distintos elementos para análise do conceito.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Espera-se que a efetiva compreensão do uso e aplicação do conceito em questão possibilite a sua clarificação e assim permita um melhor entendimento do fenômeno. Ademais, a relevância da contribuição está em conformidade com um dos escopos de Desenvolvimento do Milênio, propostos pela Organização das Nações Unidas, pertinente as discussões sobre o HIV/aids, já que a adesão ao uso dos antirretrovirais pelas PVHAs possibilita reduzir a transmissão do vírus.

Assim, espera-se que os profissionais tenham uma melhor compreensão quanto aos fatores que conduzem esses pacientes à não aderirem ao tratamento e assim, possam atuar de modo eficaz em prol da redução das incorreções terapêuticas e favorecer a qualidade de vida dessas pessoas.

CONCLUSÕES

A análise conceitual permitiu compreender as múltiplas aplicações do conceito nos distintos campos do conhecimento, em especial para a enfermagem, de modo que o emprego desse conceito na prática assistencial do enfermeiro poderá melhorar o planejamento dos cuidados às PVHAs, além de contribuir com maiores evidências para o Diagnóstico de Enfermagem presente na Taxonomia da NANDA-I.

Concluiu-se que Controle Ineficaz da Saúde em PVHA é um processo multifatorial e dinâmico evidenciado pela recusa do paciente em seguir um plano terapêutico, favorecendo o abandono do tratamento e, conseqüentemente, resultados não efetivos, com adensamento de sintomas e não alcance de objetivos pactuados entre a pessoa e o profissional de saúde, o que contribui sobremaneira para as dificuldades em continuar com as orientações da equipe de saúde.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

AGRADECIMENTO

A CAPES por contribuir com esta pesquisa em forma de bolsa de pós-graduação, nível Mestrado. À Universidade Federal do Rio Grande do Norte em especial o Programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo suporte institucional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde(BR). Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019[cited 2020 Jun 02]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>
2. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11ª ed. Oxford: Wiley Blackwell;2018.
3. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 5ª ed. Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall; 2011.
4. Santos WN. Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com Aids[Dissertação] [Internet]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018[cited 2020 Jun 02]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/>
5. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*[Internet]. 2005[cited 2020 Jun 04];52(5):546-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
6. Moriarty K, Genberg B, Norman B, Reece R. The effect of antiretroviral stock-outs on medication adherence among patients living with HIV in Ghana: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2018;29(2):231-240. doi: 10.1016/j.jana.2017.09.014
7. Tegegne AS, Ndlovu P, Zewotir T. Determinants of CD4 cell count change and time-to default from HAART;a comparison of separate and joint models. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):197. doi: 10.1186/s12879-018-3108-7
8. Ahmed CV, Jolly P, Padilla L, Malinga M, Harris C, Mthethwa N, et al. Barriers to ART initiation for HIV-positive children 2-18 months in Swaziland. *Afr J AIDS Res*. 2018;17(2):193-202. doi: 10.2989/16085906.2018.1488266
9. Schensul SL, Ha T, Schensul JJ, et al. The role of alcohol on antiretroviral therapy adherence among persons living with HIV in Urban India. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(5):716-24. doi: 10.15288/jsad.2017.78.716
10. Conroy AA, McKenna SA, Leddy A. "If she is drunk, i don't want her to take it": partner beliefs and influence on use of alcohol and antiretroviral therapy in South African Couples. *AIDS Behav*. 2017;21(7):1885-91. doi: 10.1007/s10461-017-1697-6
11. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2017;31(7):995-1007. doi: 10.1097/QAD.0000000000001416
12. Masa R, Chowa G, Nyirenda V. Chuma na Uchizi: a livelihood intervention to increase food security of people living with HIV in Rural Zambia. *J Health Care Poor Underserved*. 2018;29(1):349-72. doi: 10.1353/hpu.2018.0024
13. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):94. doi: 10.1186/s12884-017-1276-x
14. Guira O, Kaboré DSR, Dao G, Zagre´ N, Zohoncon TM, Pietra V, et al. Prévalence de la non-observance à la trithérapie antirétrovirale et facteurs cliniques et thérapeutiques associés chez les patients à Ouagadougou (Burkina Faso). *Méd Santé Tropic*. 2016;26(4):396-401. doi: 10.1684/mst.2016.0604
15. Been SK, van de Vijver DA, Nieuwkerk PT. Risk factors for non-adherence to cART in immigrants with HIV living in the Netherlands: results from the Rotterdam Adherence (ROAD) Project. *PLoS One*. 2016;11(10):e0162800. doi: 10.1371/journal.pone.0162800
16. Willie TC, Overstreet NM, Sullivan TP, Sikkema KJ, Hansen NB. Barriers to HIV Medication adherence: examining distinct anxiety and depression symptoms among women living with HIV who experienced childhood sexual abuse. *Behav Med*. 2016;42(2):120-7. doi: 10.1080/08964289.2015.1045823
17. Nguyen NT, Tran BX, Hwang LY, Markham CM, Swartz MD, Vidrine JI, et al. Motivation to quit smoking among HIV-positive smokers in Vietnam. *BMC Pub Health*. 2015;15:326. doi: 10.1186/s12889-015-1672-y
18. Saberi P, Neilands TB, Vittinghoff E, Johnson MO, Chesney M, Cohn SE. Barriers to antiretroviral therapy adherence and plasma HIV RNA suppression among AIDS clinical trials group study participants. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(3):111-6. doi: 10.1089/apc.2014.0255
19. Coetzee B, Kagee A, Bland R. Barriers and facilitators to paediatric adherence to antiretroviral therapy in rural South Africa: a multi-stakeholder perspective. *AIDS Care*. 2015;27(3):315-21. doi: 10.1080/09540121.2014.967658
20. Portelli MS, Tenni B, Kounnavong S, Chanthivilay P. Barriers to and facilitators of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV in Lao PDR: a qualitative study. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP778-NP788. doi: 10.1177/1010539512442082
21. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Hoyt G, Washington C, Greble T, et al. HIV sexual transmission risks in the context of clinical care: a prospective study of behavioural correlates of HIV suppression in a community sample, Atlanta, GA, USA. *J Int AIDS Soc*. 18(1):19930. doi: 10.7448/IAS.18.1.19930
22. Thielman NM, Ostermann J, Whetten K, Whetten R, Itemba D, Maro V, et al. Reduced adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected Tanzanians seeking cure from the Loliendo healer. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(3):e104-e109. doi: 10.1097/01.qai.0000437619.23031.83
23. Batista JDL, Albuquerque MFPM, Santos ML, Miranda-Filho DB, Lacerda HR, Maruza M, et al Association between smoking, crack cocaine abuse and the discontinuation of combination antiretroviral therapy in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Inst Med Trop*. 2014;56(2):127-32. doi: 10.1590/S0036-46652014000200007

24. Betancur MN, Lins L, Oliveira IR, Brites C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2017;21(5):507-14. doi: 10.1016/j.bjid.2017.04.004
25. Boni RB, Shepherd BE, Grinsztejn B, Cesar C, Cortés C, Padgett D, et al. Substance use and adherence among people living with HIV/AIDS Receiving cART in Latin America. *AIDS Behav.* 2016;20(11):2692-9. doi: 10.1007/s10461-016-1398-6
26. Wohl DA, Kuwahara RK, Javadi K, Kirby C, Rosen DL, Napravnik S, et al. Financial barriers and lapses in treatment and care of HIV-infected adults in a Southern State in the United States. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(11):463-9. doi: 10.1089/apc.2017.0125
27. Lifson AR, Workneh S, Shenie T, Ayana DA, Melaku Z, Bezabih L, et al. Frequent use of khat, an amphetamine-like substance, as a risk factor for poor adherence and lost to follow-up among patients new to HIV Care in Ethiopia. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2017;33(10):995-8. doi: 10.1089/aid.2016.0274
28. Tocco JU. The Islamization of antiretroviral therapy: reconciling HIV treatment and religion in northern Nigeria. *Soc Sci Med.* 2017;190:75-82. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.08.017
29. M Elicer I, Byrd D, Clark US, Morgello S, Robinson-Papp J. Motor function declines over time in human immunodeficiency virus and is associated with cerebrovascular disease, while HIV-associated neurocognitive disorder remains stable. *J Neurovirol.* 2018;24(4):514-22. doi: 10.1007/s13365-018-0640-6
30. Bergmann JN, Wanyenze RK, Makumbi F, Naigino R, Kiene SM, Stockman JK. Maternal influences on access to and use of infant ARVs and HIV Health Services in Uganda. *AIDS Behav.* 2017;21(9):2693-702. doi: 10.1007/s10461-016-1528-1
31. Cioe PA, Gamarel KE, Pantalone DW, Monti PM, Mayer KH, Kahler CW. Cigarette smoking and Antiretroviral Therapy (ART) Adherence in a sample of heavy drinking HIV-Infected men who have sex with men (MSM). *AIDS Behav.* 2017;21(7):1956-63. doi: 10.1007/s10461-016-1496-5
32. Tao J, Qian HZ, Kipp AM. Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM. *AIDS.* 2017;31(3):401-6. doi: 10.1097/QAD.0000000000001287
33. Gesesew HA, Ward P, Hajito KW, Feyissa GT, Mohammadi L, Mwanri L. Discontinuation from antiretroviral therapy: a continuing challenge among adults in HIV Care in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169651. doi: 10.1371/journal.pone.0169651
34. Sileo KM, Simbayi LC, Abrams A, Cloete A, Kiene SM. The role of alcohol use in antiretroviral adherence among individuals living with HIV in South Africa: event-level findings from a daily diary study. *Drug Alcohol Depend.* 2016;167:103-11. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.07.028
35. Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. *Soc Sci Med.* 2016;153:123-130. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.02.011
36. Kosia A, Kakoko D, Semakafu AM, Nyamhanga T, Frumence G. Intimate partner violence and challenges facing women living with HIV/AIDS in accessing antiretroviral treatment at Singida Regional Hospital, central Tanzania. *Glob Health Action.* 2016;9:32307. doi: 10.3402/gha.v9.32307
37. Dawson-Rose C, Gutin SA, Cummings B, Jaiantilal P, Johnson K, Mbofana F. ART adherence as a key component of prevention with persons living With HIV in Mozambique. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2016;27(1):44-56. doi: 10.1016/j.jana.2015.10.001
38. Obermeit LC, Morgan EE, Casaletto KB, Grant I, Woods SP, HIV Neurobehavioral Research Program Group. Antiretroviral non-adherence is associated with a retrieval profile of deficits in verbal episodic memory. *Clin Neuropsychol.* 2015;29(2):197-213. doi: 10.1080/13854046.2015.1018950
39. Nadel J, Holloway CJ. Screening and risk assessment for coronary artery disease in HIV infection: an unmet need. *HIV Med.* 2017;18(4):292-9. doi: 10.1111/hiv.12422
40. Kalichman SC, Grebler T, Amaral CM, McNERNEY M, White D, Kalichman MO, et al. Viral suppression and antiretroviral medication adherence among alcohol using HIV Positive Adults. *Int J Behav Med*[Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 03];21(5):811-20. doi: 10.1007/s12529-013-9353-7
41. Shalihu N, Pretorius L, van Dyk A, Vander Stoep A, Hagopian A. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care.* 2014;26(8):968-75. doi: 10.1080/09540121.2014.880398
42. Nagata D, Gutierrez EB. Características dos pacientes com HIV que faltaram a consultas agendadas. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:95. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005145
43. Siefried KJ, Mao L, Cysique LA. Concomitant medication polypharmacy, interactions and imperfect adherence are common in Australian adults on suppressive antiretroviral therapy. *AIDS.* 2018;32(1):35-48. doi: 10.1097/QAD.0000000000001685
44. Saylor D, Dickens AM, Sacktor N. HIV-associated neurocognitive disorder-pathogenesis and prospects for treatment. *Nat Rev Neurol.* 2016;12(4):234-48. doi: 10.1038/nrneurol.2016.27
45. Okuboyejo S. Non-adherence to medication in outpatient setting in Nigeria: the effect of employment status. *Glob J Health Sci.* 2014;6(3):37-44. doi: 10.5539/gjhs.v6n3p37
46. Katirayi L, Chadambuka A, Mucedzi A, Ahimbisibwe A, Musarandega R, Woelk G, et al. Echoes of old HIV paradigms: reassessing the problem of engaging men in HIV testing and treatment through women's perspectives. *Reprod Health.* 2017;14(1):124. doi: 10.1186/s12978-017-0387-1
47. Koto MV, Maharaj P. Difficulties facing healthcare workers in the era of AIDS treatment in Lesotho. *SAHARA J.* 2016;13(1):53-59. doi: 10.1080/17290376.2016.1179588

48. Múnene E, Ekman B. Association between patient engagement in HIV care and antiretroviral therapy medication adherence: cross-sectional evidence from a regional HIV care centre in Kenya. *AIDS Care*. 2015;27(3):378-386. doi: 10.1080/09540121.2014.963020
 49. Whetten K, Shirey K, Pence BW. Trauma history and depression predict incomplete adherence to antiretroviral therapies in a low income country. *PLoS One*. 2013;8(10):e74771. doi: 10.1371/journal.pone.0074771
 50. Taylor BS, Reyes E, Levine EA. Patterns of geographic mobility predict barriers to engagement in HIV care and antiretroviral treatment adherence. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(6):284-95. doi: 10.1089/apc.2014.0028
 51. Motta MGC, Pedro ENR, Paula CC, Coelho DF, Ribeiro AC, Greff AP, et al. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):345-50. doi: 10.1590/S0034-71672013000300007
-