

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CELLINE CARDOSO ALMEIDA

**DIFICULDADES E FACILIDADES ASSOCIADAS AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL: AUTOPERCEPÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV EM
ACOMPANHAMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL**

Belo Horizonte/MG
2014

CELLINE CARDOSO ALMEIDA

**DIFICULDADES E FACILIDADES ASSOCIADAS AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL: AUTOPERCEPÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV EM
ACOMPANHAMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Francisco de Assis Acurcio
Coorientadora: Maria das Graças Braga Ceccato

Belo Horizonte/MG
2014

Almeida, Celine Cardoso.
A447d Dificuldades e facilidades associadas ao tratamento antirretroviral
[manuscrito]: autopercepção de pessoas vivendo com HIV em
acompanhamento nos serviços públicos de saúde no Brasil. / Celine
Cardoso Almeida. - - Belo Horizonte: 2014.
84f.: il.
Orientador: Francisco de Assis Acurcio.
Coorientador: Maria das Graças Braga Ceccato.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.
1. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. 2. HIV. 3. Síndrome de
Imunodeficiência Adquirida. 4. Adesão à Medicação. 5. Estudos
Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Acurcio, Francisco de Assis.
II. Ceccato, Maria das Graças Braga. III. Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WC 503.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenadora

Prof^a Eli Iola Gurgel Andrade

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a. Mariangela Leal Cherchiglia

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Valéria Maria de Azeredo Passos

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dificuldades e facilidades associadas ao tratamento antirretroviral: auto-percepção por pessoas vivendo com HIV em acompanhamento nos serviços públicos de saúde do Brasil

CELLINE CARDOSO ALMEIDA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Francisco de Assis Acurcio - Orientador
UFMG


Prof(a). Maria das Gracas Braga Ceccato -Coorientadora
UFMG


Prof(a). Maria Ines Battistella Nemes
Universidade de São Paulo


Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA CELLINE CARDOSO ALMEIDA

Realizou-se, no dia 18 de fevereiro de 2014, às 13:00 horas, Sala 029, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Dificuldades e facilidades associadas ao tratamento antirretroviral: auto-percepção por pessoas vivendo com HIV em acompanhamento nos serviços públicos de saúde do Brasil*, apresentada por CELLINE CARDOSO ALMEIDA, número de registro 2012659190, graduada no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Francisco de Assis Acurcio - Orientador (UFMG), Prof(a). Maria das Gracas Braga Ceccato (UFMG), Prof(a). Maria Ines Battistella Nemes (Universidade de São Paulo), Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães (Universidade Federal de Minas Gerais).

A Comissão considerou a dissertação:

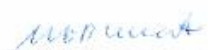
☒ Aprovada

☐ Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2014.


Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (Doutor)


Prof(a). Maria das Gracas Braga Ceccato (Doutora)


Prof(a). Maria Ines Battistella Nemes (Doutora)


Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães (Doutor)


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UF

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vivem com HIV. Que elas identifiquem-se com este trabalho e sintam-se compreendidas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter sido meu guia, minha proteção e minha luz neste percurso.

Aos meus pais, Jane Susie e Luiz, minha irmã, Tissianie, e minha avó Gelsinha, por todo amor, apoio emocional e torcida pelo meu sucesso.

Ao meu noivo Rodrigo, pelo amor imenso, apoio, confiança, conselhos sábios e pela interminável paciência nos meus momentos sem tempo.

Ao meu orientador Professor Francisco de Assis Acurcio, a quem eu admiro como profissional de sucesso e como ser humano de mil qualidades. Agradeço pela oportunidade, ensinamentos, gentileza, confiança, paciência e incentivo.

À minha coorientadora Professora Maria das Graças Braga Ceccato, a grande responsável pelo meu interesse em farmacoepidemiologia e a pessoa mais doce que já conheci. Agradeço pela inspiração, amizade, carinho e principalmente pela ajuda fundamental para a conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pela oportunidade e aprendizado.

Ao Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia, pelo apoio intelectual e momentos de descontração.

Aos professores Maria Inês Battistella Nemes e Mark Drew Crosland Guimarães, pelo interesse pelo meu trabalho e por terem aceitado o convite de participar da minha banca.

*É primavera na Europa,
um espetáculo da natureza que comove.
E parece nos querer lembrar que:
depois da escassez, há abundância;
depois da escuridão, o amanhecer;
depois do adeus, um reencontro;
depois do fim, um recomeço.
Tão óbvio. Tão certo.
E às vezes tão difícil de acreditar.*

Valéria Piassa, escritora brasileira,
há 26 anos vivendo com HIV

RESUMO

Dificuldades e facilidades associadas ao tratamento antirretroviral: autopercepção de pessoas vivendo com HIV em acompanhamento nos serviços públicos de saúde do Brasil

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) tem grande relevância para a supressão viral e reconstituição imunológica na maioria das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Porém, dificuldades são encontradas desde o manejo do esquema até o próprio impacto da infecção pelo HIV na vida do paciente. Nesta dissertação buscou-se investigar a percepção de PVHIV sobre os aspectos que dificultam e facilitam o tratamento antirretroviral e avaliar seu impacto na adesão, por meio de análises qualitativas e quantitativas. Este trabalho faz parte do projeto AVANT, um estudo transversal nacional com amostra de 2424 PVHIV sob TARV em 53 serviços públicos de saúde. Selecionou-se uma subamostra (n=598) para aplicação de entrevista semiestruturada com três questões abertas sobre o que dificulta, o que facilita e o que pode ser feito para melhorar a convivência do paciente com o tratamento. Aplicou-se análise do conteúdo às respostas das perguntas abertas para identificar os temas que representassem fatores indicativos de dificuldades e facilidades com o tratamento. Os fatores indicativos de dificuldades foram utilizados na análise quantitativa para verificar sua associação com a variável resposta não-adesão, medida por meio do WebAd-Q, que consiste em uma escala de quatro categorias de não-adesão: não-adesão "zero", não-adesão à uma, duas, ou três dimensões (i.e., tomar em horário errado, esquecer de tomar ou tomar em quantidade errada). Utilizou-se o teste de tendência tau-b de Kendall para a análise univariada e em seguida realizou-se regressão ordinal. As dificuldades e facilidades com a TARV foram classificadas em cinco grandes categorias: fatores sociais e econômicos, fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde, fatores relacionados à terapia, fatores relacionados à infecção pelo HIV e fatores relacionados ao paciente. Os fatores de dificuldades interagem entre si e podem levar à não-adesão, sendo que essas relações foram demonstradas por meio de um modelo teórico. A partir das sugestões dadas pelos participantes para melhorar a convivência com o tratamento, identificaram-se quatro atores sociais envolvidos no processo de adesão à TARV: gestores, profissionais de saúde, comunidade e pacientes. A maioria dos participantes (62,4%) relatou não-adesão à pelo menos uma dimensão. Pacientes que relataram dificuldades como uso de álcool/ drogas, simples esquecimento, incerteza sobre o futuro e a adequação da TARV na rotina tiveram maior chance de apresentar não-adesão em mais dimensões. Profissionais de saúde que atendem PVHIV devem estar atentos às barreiras e motivadores relatados pelos pacientes e devem utilizar-se das facilidades como estratégias para superar as dificuldades, visando uma melhoria da adesão à TARV. As sugestões dos pacientes devem ser ouvidas numa perspectiva de responder às suas expectativas e, assim, melhorar a convivência com o tratamento além de contribuir para incrementar a qualidade da atenção às PVHIV.

Palavras-chave: Adesão. Percepções do paciente. Tratamento antirretroviral. HIV/AIDS. Facilidades. Dificuldades.

ABSTRACT

Barriers and facilitators associated with antiretroviral therapy: perceptions of people living with HIV attending public health services in Brazil

Adherence to antiretroviral therapy (ART) has great relevance to viral suppression and immune reconstitution in most people living with HIV (PLHIV). However, barriers are encountered since the management of the scheme until the impact of HIV in patient's life. This study attempted to investigate the perceptions of PLHIV on the use of antiretroviral drugs, to understand the factors that hinder and motivate treatment and evaluate their impact on adherence. This study is part of AVANT's project, a national cross-sectional study with a sample of 2424 PLHIV under ART in 53 public health services. A subsample ($n = 598$) was selected and submitted to a semi-structured interview with three open-ended questions about what were the difficulties with ART, what could make ART easier and what could be done to improve coping with ART. Data were analyzed using a content analysis approach to identify themes that represent barriers and facilitators with ART. The barriers were used in quantitative analysis to verify their association with the outcome non-adherence, measured by the WebAd-Q, which consists in a four-category scale of non-adherence: "zero" non-adherence, non-adherence at one, two, or three dimensions (i.e., improper timing, skipping medication and skipping doses). The trend test of Kendall's tau-b was used for univariate analysis and then ordinal regression was conducted. Barriers and facilitators were classified into five categories: social and economic factors, healthcare team and system-related factors, therapy-related factors, factors related to HIV infection and patient-related factors. The barriers interact with one another and may lead to non-compliance, and these relationships are demonstrated through a theoretical model. Based on the suggestions given by the participants about what could be done to improve coping with ART, four stakeholders involved in ART process were identified: managers, health professionals, patients and community. Most participants (62.4%) reported non-adherence to at least one dimension. Patients who reported barriers as alcohol/drug abuse, forgetfulness in taking the pills, uncertainty about future and those who found ART difficult to incorporate into routine were more likely to report non-adherence at more dimensions. Healthcare professionals attending PLHIV should be aware of the motivators or barriers to treatment, and use the facilitators as strategies to overcome the barriers and improve adherence to ART. Patient's suggestions should be considered aiming to meet their expectations and thus improve their coping with treatment and the quality of care.

Keywords: Adherence. Patient perceptions. Antiretroviral therapy. HIV/AIDS. Facilitators. Barriers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fases do processo de análise do conteúdo	39
Figura 2	Modelo teórico da rede de interações entre os fatores indicativos de dificuldades com o tratamento e a não adesão	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores indicativos de dificuldades e facilidades com o uso de antirretrovirais segundo unidades de contexto e categorias	47
Quadro 2	Sugestões direcionadas a atores sociais envolvidos no processo de promoção da adesão ao tratamento antirretroviral	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características descritivas dos participantes da subamostra (n=598), Projeto AVANT, 2010.	43
Tabela 2	Fatores indicativos de dificuldades segundo dimensões de não adesão (n=595), Projeto AVANT, 2010.	67

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
AVANT	Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/AIDS em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil
AZT	Zidovudina, medicamento antirretroviral
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GCEM	Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos
GPEAS	Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IF	Inibidor de Fusão
II	Inibidor da Integrase
IP	Inibidores da Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST e AIDS
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
PubMed	<i>Publisher Medline</i>
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TASP	Tratamento Antirretroviral como Prevenção
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WebAD-Q	Questionário Pictórico Analógico de Autopreenchimento em Linguagem WEB
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 HIV e AIDS: Considerações gerais.....	23
2.2 Tratamento antirretroviral.....	24
2.2.1 Acompanhamento de PVHIV nos serviços públicos de saúde do Brasil.....	25
2.3 Adesão ao tratamento antirretroviral.....	26
2.4 Dificuldades e facilidades com a TARV: estado da arte.....	28
2.4.1 Características dos estudos incluídos.....	29
2.4.2 Temas.....	29
2.5 A voz do paciente.....	31
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 MÉTODOS.....	34
4.1 Delineamento do estudo.....	34
4.2 População.....	34
4.3 Plano amostral.....	35
4.4 Coleta de dados.....	36
4.5 Análise dos dados.....	36
4.5.1 Análise qualitativa.....	36
4.5.2 Análise quantitativa.....	40
4.6 Considerações éticas.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42

5.1 Descrição da população.....	42
5.2 Análise qualitativa.....	46
5.2.1 Dificuldades e facilidades com o tratamento antirretroviral.....	48
5.2.2 Dificuldades com o tratamento e a não-adesão: proposta de um modelo teórico.....	61
5.2.3 Sugestões dos participantes para gestores, profissionais de saúde, comunidade e pacientes vivendo com HIV.....	64
5.3 Análise quantitativa.....	66
5.3.1 Resultados.....	66
5.3.2 Discussão.....	68
5.4 Discussão final.....	69
6 CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS.....	72
APENDICE A - Artigos selecionados na revisão de literatura, de acordo com autor, ano de publicação e país onde foram conduzidos.....	82
ANEXO A – Comprovante de submissão de artigo.....	83
ANEXO B – Aprovação do Projeto AVANT no Comitê de Ética.....	84

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa *Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG) sendo parte integrante de um estudo maior, intitulado “*Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/AIDS em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil- Projeto AVANT*” (NEMES et al., 2009a). O Projeto AVANT é um estudo transversal nacional com amostra de 2424 pessoas vivendo com HIV sob tratamento antirretroviral em 53 serviços públicos de saúde. O projeto foi financiado pelo Programa Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS Brasil – UNESCO 914/BRA/3014) e é coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Battistella Nemes, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Participam do projeto a Equipe Qualiaids da Universidade de São Paulo, a Equipe GPEAS (Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde) da Universidade Federal de Minas Gerais e a Equipe GCEM (Grupo Catarinense de Epidemiologia de Medicamentos) da Universidade Regional de Blumenau.

Esta dissertação preenche um requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública pelo PPGSP/UFMG, área de concentração em Epidemiologia, a ser defendida em sessão pública no dia 18 de fevereiro de 2014. Neste trabalho busca-se compreender, por meio de análise qualitativa, as percepções de pessoas vivendo com HIV sobre os fatores indicativos de dificuldades e facilidades relacionados ao uso de antirretrovirais e procura-se verificar a hipótese de que a vivência de dificuldades e facilidades está associada ao relato de não adesão e adesão, respectivamente.

Este volume apresenta-se no formato tradicional de dissertação e está organizado em:

- a) Introdução, com exposição do problema e justificativa para a realização deste trabalho;
- b) Revisão da literatura, onde se apresenta a fundamentação teórica e o estado da arte do objeto de estudo;

- c) Apresentação dos objetivos a serem alcançados por esta dissertação;
- d) Métodos, com descrição dos dados e percurso realizado para atingir os objetivos propostos;
- e) Resultados e discussão, onde se apresenta e se discute os resultados das análises qualitativas e quantitativas;
- f) Discussão final e conclusão, onde se discute os aspectos relevantes do estudo, relacionando os resultados qualitativos e quantitativos e realizando recomendações.

1 INTRODUÇÃO

Pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil têm acesso universal e gratuito garantido por lei aos medicamentos da terapia antirretroviral (BRASIL, 1996). Em 2012, havia 313 mil indivíduos sob terapia antirretroviral (TARV), mais do que o dobro desde 2002 (BRASIL, 2013a).

A adesão à TARV tem grande relevância para a supressão viral e reconstituição imunológica na maioria das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), condições essenciais para a efetividade do tratamento, prevenção da transmissão do HIV e do desenvolvimento de resistência viral (AMMASSARI et al., 2012). Entretanto, o tratamento é complexo devido a fatores como duração prolongada, ocorrência de eventos adversos e grande quantidade de medicamentos prescritos, com doses diárias variadas, interferindo diretamente nas atividades e no estilo de vida do paciente (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006). As dificuldades são encontradas desde o manejo do esquema até o próprio impacto do HIV na vida do paciente (CARACIOLO; SHIMMA, 2007). O impacto do estigma relacionado ao HIV, por exemplo, afeta negativamente a adesão ao tratamento (FLOROM-SMITH; SANTIS; 2012).

A adesão é um fenômeno fortemente ligado à vivência ao longo do tratamento (BRASIL, 2008). O desenvolvimento de estratégias efetivas de intervenção para melhorar a adesão à TARV requer um conhecimento mais profundo das percepções do paciente sobre as dificuldades e facilidades na convivência com o tratamento. Em revisão sistemática, Mills et al. (2006) observaram que os principais fatores indicativos de dificuldades relatadas por PVHIV incluíram interferência do esquema terapêutico na rotina, ocorrência de eventos adversos, receio de revelar o status positivo para o HIV, sentir-se depressivo e falta de apoio social e de profissionais de saúde. Em relação às facilidades, os fatores mais relatados nos estudos incluíram crença na eficácia do tratamento, apoio social, aceitação do diagnóstico e boa relação com profissionais de saúde (MILLS et al., 2006). Os autores discutiram que os estudos qualitativos apresentaram informações mais ricas que os quantitativos e deveriam servir como base para melhorar o conteúdo de questionários utilizados em estudos quantitativos (MILLS et al., 2006). Poucos estudos qualitativos brasileiros abordaram essa temática e nenhum deles contemplou as diversas regiões do país e

serviços de saúde de diferentes níveis de qualidade. Além disso, estudos quantitativos baseados nos resultados de uma análise qualitativa prévia também são escassos nessa área.

Dessa forma, nesta dissertação buscou-se compreender a percepção de PVHIV, atendidas em 17 serviços públicos de saúde do Brasil, sobre os aspectos que dificultam e facilitam o uso de antirretrovirais (ARV) e avaliar seu impacto na adesão. Os resultados poderão servir de base para o desenvolvimento de intervenções e estratégias a serem utilizadas por profissionais e serviços de saúde, visando à melhora na adesão ao tratamento e na qualidade da atenção às PVHIV.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HIV e AIDS: Considerações gerais

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo HIV, um retrovírus que utiliza os linfócitos T-CD4 para se multiplicar no organismo humano (BRASIL, 2012). Como consequência da destruição dos linfócitos pelo HIV, o sistema imunológico humano fica comprometido e o organismo fica susceptível a agentes como vírus e bactéria, caracterizando as “doenças oportunistas”. Antes de desenvolver AIDS, entretanto, o indivíduo pode viver de um a 15 anos na fase assintomática ou de latência clínica (BRASIL, 2012).

No início da descoberta da AIDS, na década de 1980, as PVHIV eram vistas como drogadas, hemofílicas ou homossexuais e, aliado à falta de informação a respeito da transmissão do vírus, isso contribuiu para que a concepção moral e social do HIV se instalasse de forma pejorativa (JODELET, 2001). Certos aspectos psicossociais, como preconceito, segregação, estigma e inserção social, são considerados como próprios da infecção e PVHIV são influenciadas de diversas formas por essas vivências (CASTANHA et al., 2006). Esses aspectos psicossociais podem, ainda, ocasionar o diagnóstico tardio do HIV (TANG et al., 2012).

Pacientes que são diagnosticados tardiamente ou que se recusam a iniciar o tratamento antes que a contagem de linfócitos T-CD4 esteja abaixo de 200 células/mm³, têm menor expectativa de vida do que aqueles que foram diagnosticados e tratados de acordo com as diretrizes clínicas e terapêuticas (MAY et al., 2011). O diagnóstico tardio é um problema vivenciado por muitos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. No entanto, pesquisas demonstram que a cobertura do teste de HIV na população sexualmente ativa no Brasil é semelhante aos percentuais observados nos Estados Unidos (BRASIL, 2013a). Estima-se que 35,3 milhões de pessoas vivam com HIV no mundo atualmente (UNAIDS, 2013). No Brasil, esse número é estimado em 718 mil indivíduos, dos quais 80% já foram diagnosticados (BRASIL, 2013a). O diagnóstico oportuno da infecção é uma das medidas necessárias para a estratégia de tratamento de PVHIV como medida de prevenção de novas infecções pelo HIV (MONTANER, 2013) e para aumentar a expectativa de vida dessas pessoas (MAY et al., 2011).

2.2 Tratamento antirretroviral

O primeiro medicamento antirretroviral utilizado no tratamento do HIV foi a zidovudina (AZT), aprovada nos Estados Unidos pela *Food and Drug Administration* (FDA), em 1987. No entanto, a experiência clínica com o AZT demonstrou que esse inibidor de transcriptase reversa não retardava a progressão da AIDS em pessoas assintomáticas que viviam com HIV e, então, novos medicamentos de diferentes classes foram desenvolvidos (UNAIDS, 2011). Em 1996 foi introduzida a terapia antirretroviral (TARV) combinada, que consiste na associação de pelo menos três medicamentos, sendo ao menos dois de classe terapêutica diferente.

Os principais objetivos da TARV são a supressão sustentada da replicação viral, a preservação e reconstituição imunológica, redução da morbimortalidade, melhoria da qualidade de vida e, ultimamente, tem se discutido sua utilização como prevenção de novas transmissões. O tratamento antirretroviral como prevenção (TASP) baseia-se no fato de que cargas virais indetectáveis evitam novas transmissões (NGUYEN et al., 2010). Entretanto, para a estratégia de TASP ser bem sucedida, além da garantia da adesão pelo paciente, o diagnóstico da infecção teria que ser feito bem no início, uma vez que é na fase aguda da doença que há maior probabilidade de transmissão, e isso é praticamente impossível de se conseguir em tempo hábil (NGUYEN et al., 2010).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a prover acesso universal à TARV garantido por lei (BRASIL, 1996), tornando obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos ARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O elenco nacional de antirretrovirais é composto por 23 medicamentos divididos em cinco classes terapêuticas diferentes (BRASIL, 2013b) cada uma atuando em determinada enzima viral: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), inibidores da protease (IP), inibidores de fusão (IF) e inibidores da integrase (II). Os medicamentos são distribuídos por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM).

Benefícios da ampliação do tratamento antirretroviral no Brasil e no mundo podem ser verificados por meio do declínio no número anual de mortes relacionadas à AIDS

no mundo, que reduziu de 2,3 milhões em 2005 para 1,6 milhões em 2012 (UNAIDS, 2013).

2.2.1 Acompanhamento de PVHIV nos serviços públicos de saúde do Brasil

Em 2012, havia 313 mil indivíduos sob TARV no Brasil e aproximadamente 74% desses foram vinculados aos serviços de saúde (BRASIL, 2013). A qualidade da assistência a PVHIV nos serviços públicos de saúde refere-se ao acesso ao tratamento, às técnicas de diagnóstico e ao processo do cuidado ao paciente (NEMES et al., 2004). O Questionário Qualiaids é um instrumento desenvolvido pela Equipe de Pesquisa Qualiaids para avaliar a qualidade da assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV em todos os serviços no Brasil, levando em consideração a disponibilidade de recursos, características da organização da assistência e gerenciamento técnico do trabalho (NEMES; ALENCAR, 2008).

Resultados da aplicação do Questionário Qualiaids em 2010 (NEMES et al., 2011) demonstraram que 81% dos serviços ambulatoriais que acompanham PVHIV tinham como instituição gestora a Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que apenas 8,8% eram geridos por Secretarias Estaduais. Em relação ao número de pacientes em acompanhamento, 34,8% dos serviços eram de pequeno porte (até 100 pacientes), 37,1 % de médio porte (até 500 pacientes) e 26,3% eram de grande porte (mais de 500 pacientes em acompanhamento). A maioria dos serviços estava localizada em ambulatórios de várias especialidades (40,6%), seguida daqueles localizados em ambulatórios exclusivamente dedicados à assistência ao HIV (34,1%) e em unidades básicas de saúde (14,4%). Grande parte dos serviços relatou ter pelo menos um profissional farmacêutico, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (NEMES et al., 2011).

A qualidade da assistência prestada pode ter relação com a adesão ao tratamento, uma vez que influencia a relação paciente-profissional de saúde e a acessibilidade aos medicamentos (BEYENE et al., 2009; ELLIOTT et al., 2011; NEMES et al., 2009b).

2.3 Adesão ao tratamento antirretroviral

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adesão é a correspondência entre o comportamento do paciente e as recomendações acordadas com um profissional de saúde (WHO, 2003). Existem diversas formas descritas e validadas para mensurar a adesão, cada uma com suas vantagens e desvantagens. São exemplos de medida: o autorrelato (entrevistas estruturadas), informações de registros de farmácia, dispositivos eletrônicos de monitorização, dosagem de nível sérico terapêutico, métodos pictóricos (registro diário de medicamentos, entrevistas auto-aplicáveis), entre outros (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

A adesão à TARV tem grande relevância para a supressão viral e reconstituição imunológica na maioria das PVHIV, condições essenciais para a efetividade do tratamento, prevenção da transmissão do HIV e do desenvolvimento de resistência viral (AMMASSARI et al., 2012).

Em revisão sistemática desenvolvida por Rocha et al. (2010), abrangendo o período de 2004 a 2009, dos 176 artigos de adesão ao tratamento antirretroviral incluídos, 13 foram realizados no Brasil. A taxa média geral (incidência e prevalência) de não adesão foi de 34,5% (34,4% para o Brasil) e houve grande variabilidade de valores encontrados (desde 0,8% até 85,2% de não adesão), dependendo, principalmente, do tipo de medida, da definição de adesão e do ponto de corte adotados. Segundo os autores, os resultados dos estudos apontam para a necessidade do monitoramento constante dos pacientes, não somente do ponto de vista clínico e laboratorial, mas também voltado para a possibilidade de ocorrência da não adesão e de seus fatores de risco (ROCHA et al., 2010).

Dentre os estudos brasileiros que investigaram fatores de risco para a não adesão, alguns encontraram que uso de drogas, história de tratamento psiquiátrico, baixo nível de escolaridade e mais de quatro doses diárias de ARV estavam independentemente associados à baixa adesão, enquanto que receber apoio dos amigos, mais de oito anos de estudo e auto eficácia estavam independentemente associados à adesão (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; CARVALHO; MERCHAN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007; PINHEIRO et al., 2002). Um estudo internacional com 5295 PVHIV em tratamento antirretroviral obteve resultados semelhantes ao reportar a grande quantidade de medicamentos, a alta frequência

de doses diárias e o uso de cigarro como fatores de risco independentemente associados à baixa adesão, enquanto que idade avançada, alto nível de escolaridade e prescrição concomitante de outros medicamentos (para comorbidades), foram fatores independentemente associados à boa adesão (O'CONNOR et al., 2013).

A OMS propõe cinco dimensões de fatores que afetam negativamente ou positivamente a adesão a tratamentos de longa duração: fatores sociais e econômicos (e.g., desemprego, falta de apoio social, situação financeira, entre outros), fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde (e.g., relação paciente-profissional de saúde, serviço de saúde de baixa qualidade, falta de informação, entre outros), fatores relacionados ao tratamento (e.g., complexidade do regime, reações adversas, entre outros), fatores relacionados à doença (e.g., sintomas da doença, problemas psicológicos, progressão da doença, entre outros) e fatores relacionados ao paciente (e.g., esquecimento, ansiedade, uso de drogas, entre outros) (WHO, 2003).

Como se pode observar, a adesão é um fenômeno multidimensional e a crença comum de que ela é responsabilidade somente do paciente reflete uma má interpretação dos fatores que afetam o indivíduo e resultam no seu perfil de adesão (WHO, 2003). Em uma revisão sobre a otimização de programas de tratamento para HIV, os autores concluem que a promoção da adesão à TARV envolve três atores sociais principais: gestores, profissionais de saúde e pacientes (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2010). Ainda nesse mesmo estudo de revisão, os autores comentam que para aperfeiçoar os programas de tratamento é necessário abordar as motivações e as barreiras do paciente com a TARV (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2010).

2.4 Dificuldades e facilidades com a TARV: estado da arte

A interação do paciente com o tratamento é resultado da combinação de fatores que impedem ou motivam o uso dos medicamentos. Nesta dissertação, as barreiras são denominadas de “dificuldades” e as motivações de “facilidades”.

Estudos quantitativos que investigaram fatores associados com a dificuldade reportada por pacientes em relação à TARV encontraram que, entre outros fatores, idade acima de 50 anos, baixa qualidade de vida, presença de reações adversas, medo de discriminação, ansiedade, tomar mais de sete ARV e uso de outra medicação estavam independentemente associados a ter dificuldade (GRIERSON et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2008). Em relação à adesão, dificuldades como a falta de conhecimento em relação aos medicamentos, propriedades organolépticas e eventos adversos, complexidade dos regimes e problemas com a memória estavam associadas à não adesão, enquanto que facilidades como boa relação com o profissional de saúde, acreditar na eficácia e querer ficar saudável estavam associadas à adesão (FERGUSON et al., 2002; KELLY et al., 2010).

Com o objetivo de formar o arcabouço teórico das dificuldades e facilidades vivenciadas por PVHIV em relação ao tratamento, realizou-se uma revisão de literatura por meio de busca na base de dados PubMed (*Publisher Medline*), utilizando descritores como “HIV”, “adherence OR compliance”, “barriers OR difficult*”, “facilitators OR motivators OR successful strategies”. A busca foi realizada em fevereiro de 2013 e atualizada em novembro de 2013. Os critérios de inclusão consistiram em artigos que analisaram qualitativamente as percepções ou experiências de adultos vivendo com o tratamento antirretroviral, publicados em português, inglês ou espanhol, de 1996 até atualmente. A busca obteve 1011 resultados e 954 artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: não tratava exclusivamente de HIV, estudos de revisão, estudos de caso, estudos que não abordaram relatos de pacientes, estudos com crianças e adolescentes, estudos que não realizaram análise qualitativa e estudos com populações específicas (i.e., moradores de rua, prisioneiros, gestantes, etc.). Sete artigos foram selecionados por busca manual, totalizando 64 artigos. Oito foram excluídos por impossibilidade de acesso ao texto completo, totalizando 56 artigos incluídos (Apêndice B).

2.4.1 Características dos estudos incluídos

Os instrumentos utilizados pelos artigos para coletar dados qualitativos foram entrevistas em profundidade, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e questões abertas. O número amostral variou de seis a 394 participantes e a maioria dos estudos utilizou população mista (homens e mulheres). Os participantes foram recrutados de clínicas ambulatoriais, hospitais e organizações da comunidade. Todos os estudos incluíram participantes de 18 anos ou mais, com a exceção de Siegel, Schrimshaw e Raveis (2000), que incluíram apenas pacientes acima de 50 anos. A maioria dos estudos foi conduzida nos EUA (44,4%), 28,6% foram conduzidos em países africanos e apenas três foram conduzidos no Brasil, um em São Paulo, um em Maringá e o outro em Belo Horizonte (MELCHIOR et al., 2007; SANTOS et al., 2011; SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009).

2.4.2 Temas

Apesar das grandes diferenças culturais entre os países nos quais os estudos foram conduzidos, não houve muita variação entre os temas reportados, com exceção do estudo de Badahdah e Pedersen (2011), onde os temas tiveram forte influência da religião.

A diferença entre estudos conduzidos em países desenvolvidos e em desenvolvimento destacou-se nos temas relacionados ao sistema de saúde. Os relatos de baixa qualidade nos serviços de saúde foram observados somente nos estudos conduzidos em países em desenvolvimento (BEYENE et al., 2009; DAHAB et al., 2008; ELLIOTT et al., 2011).

A maioria dos estudos classificou as razões de dificuldades e/ou facilidades em grandes temas ou categorias. Como as categorias foram muito heterogêneas entre os estudos, as razões foram coletadas e reagrupadas nas cinco dimensões que influenciam na adesão propostas pela OMS (WHO, 2003).

Fatores relacionados ao paciente. Esta categoria inclui crenças e atitudes do paciente. As dificuldades mais relatadas nos estudos foram: simples esquecimento das doses, não acreditar na eficácia dos medicamentos, sentir-se depressivo ou

triste, não compreender a prescrição e uso de substâncias ilícitas. As facilidades mais relatadas foram: ver resultados positivos nos exames, acreditar na eficácia do medicamento, ter uma rotina fixa, uso de lembretes (e.g., despertador, associação a alguma atividade, pedir a alguém para lembrar, entre outros), ter uma motivação para viver e cuidar da saúde.

Fatores sociais e econômicos. Esta categoria abrange fatores da sociedade na qual o paciente está inserido e sua situação econômica. Foram relatados como dificuldades: problemas financeiros para transporte e alimentação, custo dos medicamentos, exclusão social/estigma e dificuldade para conseguir emprego. A única facilidade reportada foi o apoio social de família e amigos.

Fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde. Esta categoria inclui a relação com os profissionais de saúde e a qualidade dos serviços prestados. Foram incluídos como dificuldades a falta de confiança no médico, a demora em ser atendido no serviço e a qualidade dos equipamentos no serviço (reportado apenas em estudos conduzidos em países em desenvolvimento). Por outro lado, a boa relação com o profissional de saúde, com conversas e maior tempo de atendimento foram reportados como facilidades.

Fatores relacionados à TARV. Os fatores diretamente relacionados aos medicamentos e esquemas terapêuticos são incluídos nesta categoria. Entre as dificuldades destacam-se os eventos adversos, propriedades organolépticas dos medicamentos, dificuldade de incorporar o medicamento na rotina, complexidade dos regimes (i.e., grande quantidade de comprimidos, restrições alimentares, frequência de doses, entre outros). A única facilidade reportada foram os esquemas terapêuticos simplificados.

Fatores relacionados à infecção pelo HIV. Esta categoria inclui fatores relacionados ao viver com o HIV, com o impacto do diagnóstico e doenças relacionadas na vida do paciente. Os fatores de dificuldade incluíram o receio de revelar o status de HIV positivo para outras pessoas, a incerteza associada ao diagnóstico e à ausência de cura, comorbidades, revolta com o diagnóstico e ver o medicamento como uma lembrança da doença. As facilidades incluíram a aceitação do diagnóstico, o medo de ter recaída e a revelação do status para amigos ou família.

Observou-se que as razões de dificuldade e facilidade, em sua maioria, dependem de fatores mutáveis (e.g., tempo de tratamento, esquema terapêutico atual, rede social, condição de saúde, entre outros), destacando sua natureza dinâmica. Logo, esperava-se que os mesmos indivíduos não apresentassem sempre as mesmas dificuldades ou facilidades. Entretanto, os estudos incluídos nesta revisão variaram de 1999 a 2013 e observou-se muito pouca ou nenhuma variação nos temas reportados em geral. Isso indica que os temas são mutáveis para cada indivíduo, mas não variam muito para a população de PVHIV, de modo que temas relativos à adesão à TARV encontrados em 1999 ainda correspondem substancialmente às experiências atuais de PVHIV.

2.5 A voz do paciente

O processo saúde-doença integra, entre outras, as dimensões da subjetividade de cada ser humano e dos valores e significações que são atribuídos à vida expressas na subjetividade social (BERLINGUER, 1988). Husserl (1965), segundo Lopes (1995), reconhece não ser possível encontrar respostas para os problemas do homem sem que se saiba de que modo esse homem tem consciência como ser situado histórica e culturalmente em determinado grupo social. Husserl propõe o estudo das experiências vividas como um saber não sobre o sujeito, mas do sujeito (LOPES et al., 1995). Os profissionais de saúde deveriam, portanto, levar em consideração as perspectivas e necessidades dos pacientes no seu julgamento clínico e no processo de tomada de decisão, procurando compreender seus valores, desejos e medos em relação à doença e ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2012).

Uma maneira de se acessar a realidade interpretada pelos pacientes e subjetivamente dotada de sentido para eles, na medida em que formam um mundo coerente, é por meio da linguagem. A linguagem marca as coordenadas da vida do indivíduo na sociedade e enche esta vida de objetos dotados de significação (BERGER & LUCKMANN, 2002).

O discurso de um indivíduo corresponde às representações de sistemas de valores que circulam no grupo social ao qual ele pertence (MACHADO, 2013). Portanto, ao se acessar a realidade de um indivíduo, acessa-se indiretamente parte da realidade

de outros indivíduos do mesmo grupo social. Na perspectiva da análise do discurso de Michel Pêcheux:

(...) o sujeito da linguagem não é o sujeito em si, mas tal como existe socialmente, interpelado pela ideologia. Dessa forma, o sujeito não é a origem, a fonte absoluta do sentido, porque na sua fala outras falas se dizem (BRANDÃO, 2004, p.110).

No relato de um paciente, portanto, está implícita sua representação de mundo, baseada em experiências passadas, senso-comum e experiências de pessoas ao seu redor, tornando-se fundamental a compreensão desta realidade para se investigar questões relativas ao paciente e propor intervenções que a possam influenciar.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os aspectos que dificultam e facilitam o tratamento antirretroviral a partir das percepções de pessoas vivendo com HIV e avaliar o impacto das dificuldades na não adesão ao tratamento.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV sob tratamento antirretroviral no Brasil, participantes do Projeto AVANT.
2. Compreender as experiências de pessoas vivendo com HIV relativas à autopercepção sobre as dificuldades e facilidades envolvidas na convivência com o tratamento antirretroviral.
3. Avaliar o impacto dos fatores indicativos de dificuldades na não adesão autorrelatada ao tratamento antirretroviral.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Este projeto faz parte de um estudo maior, intitulado Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/AIDS em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil – Projeto AVANT (NEMES et al., 2009a), um estudo nacional de corte transversal, conduzido em 2010, cujos principais objetivos são desenvolver um sistema de monitoramento da adesão, estimar a prevalência da adesão do paciente à TARV e estimar os riscos de não adesão segundo características dos serviços de saúde, das pessoas, da doença principal e do tratamento.

Nesta dissertação, utilizaram-se métodos mistos, ou seja, métodos que combinam elementos de abordagem quantitativa e qualitativa, seja na coleta de dados, na análise ou nas técnicas de inferência (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007). Dados quantitativos fornecem uma compreensão geral do fenômeno estudado, enquanto que os dados qualitativos fornecem uma compreensão mais detalhada (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011). No caso desta dissertação a combinação das duas abordagens ocorreu no processo de análise dos dados coletados por meio de questões abertas. Os dados foram analisados qualitativamente a fim de se gerar conceitos teóricos, por meio de uma compreensão mais profunda do processo de adesão à TARV, e hipóteses a serem testadas por meio de análise quantitativa (MILES; HUBERMAN, 1994).

4.2 População

Os critérios de elegibilidade para o estudo principal foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, não ser gestante e encontrar-se em seguimento terapêutico nos serviços públicos de saúde do Brasil que atendem pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial.

4.3 Plano amostral

Os serviços participantes da pesquisa são unidades públicas de saúde que atendem pessoas vivendo com HIV em nível ambulatorial. Esses serviços foram estratificados

em seis grupos de qualidade de assistência definidos segundo os resultados do Questionário Qualiaids 2007, detalhado em Nemes e Alencar (2008). Sucintamente, os serviços foram avaliados de acordo com as três dimensões da assistência: disponibilidade de recursos, organização da assistência e gerenciamento do trabalho. Os seis grupos indicam níveis de qualidade decrescentes, sendo o primeiro grupo o de melhor qualidade, e o sexto grupo o de pior qualidade. Os serviços que não responderam ao questionário formaram o sétimo estrato.

Para cada estrato foi definido um número amostral de 336 participantes e estimou-se 12% de perda, totalizando 2626 participantes a serem convidados para responder ao questionário WebAd-Q (questionário pictórico analógico de autopreenchimento em linguagem WEB, instrumento desenvolvido para aferir a adesão).

Para se atingir o número amostral em cada estrato Qualiaids, foram sorteados um ou dois serviços para representar cada uma das sete regiões brasileiras consideradas no estudo (São Paulo, Rio de Janeiro, Sudeste, Sul, Norte, Nordeste e Centro-Oeste), conforme a proporção de pacientes em TARV em cada estrato e região. Depois de selecionados os serviços, o número amostral foi distribuído proporcionalmente ao número de adultos em seguimento em cada serviço, em relação ao número total de adultos em tratamento em determinado estrato. Os participantes foram selecionados segundo aleatorização sistemática, a partir da ordem de chegada ao serviço, em diferentes pontos de atendimento (recepção geral, consultas agendadas, pronto-atendimento, farmácia e coleta de exames).

Todos os participantes selecionados foram convidados a responder o questionário WebAd-Q. Dentre estes, selecionou-se uma subamostra de 600 participantes, que, além do questionário WebAd-Q, foram também convidados a responder a uma entrevista semiestruturada sobre fatores de risco para não adesão. Os participantes da subamostra foram distribuídos de acordo com a proporção de adultos em TARV nas sete regiões definidas. De acordo com esta proporção, foi definido o número de serviços a serem sorteados em cada região para compor a subamostra.

Nesta dissertação a população utilizada corresponde à subamostra do Projeto AVANT.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em 2010, no período entre primeiro de agosto e 15 de outubro, por entrevistadores graduados na área da saúde e previamente treinados.

Utilizou-se um questionário semiestruturado com 38 questões fechadas (fatores sociodemográficos, comportamentais, relacionados ao HIV e tratamento, relacionados à qualidade de vida e sintomas psiquiátricos), além de três questões abertas sobre dificuldades e facilidades com o uso de medicamentos e o que fazer para melhorar a convivência com o tratamento.

Para avaliar a adesão, foi utilizado o questionário WebAd-Q (Questionário Qualiaids de Monitoramento da Adesão ao Tratamento Antirretroviral ou Web Adherence Qualiaids Questionnaire), um instrumento de autorrelato que contém três perguntas sobre horário, medicamentos e doses tomadas na última semana, e que demonstrou validade adequada, além de facilidade na aplicação (VALE, 2014).

4.5 Análise dos dados

Para atender ao primeiro objetivo específico, realizou-se a descrição da população, i.e., características sociodemográficas, comportamentais, relacionadas ao tratamento e à infecção pelo HIV, qualidade de vida e sintomas psiquiátricos, por meio de distribuição de frequências absoluta e relativa, com apresentação em tabelas.

4.5.1 Análise qualitativa

A análise qualitativa foi realizada para atender ao segundo objetivo específico. Foram analisadas as respostas às seguintes questões abertas:

- a) “Você poderia me dizer 3 coisas que dificultam tomar os remédios para o vírus HIV?”
- b) “Você poderia me dizer 3 coisas que facilitam tomar os remédios para o vírus HIV?”
- c) “O que você acha que poderia ser feito para que pessoas vivendo com HIV possam melhorar a convivência com o tratamento?”

As respostas dadas pelos pacientes entrevistados foram transcritas no momento da entrevista e analisadas de acordo com o referencial da Análise do Conteúdo de Bardin (2011) e utilizando métodos de codificação de Gibbs (2009). Para Bardin (2011), a análise de conteúdo trabalha a fala de um indivíduo e suas significações, utilizando procedimentos de sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o intuito de revelar o que está escondido, latente, ou subentendido na mensagem, por meio da inferência. O procedimento aplicado permite que o pesquisador apreenda a visão social de mundo por parte dos sujeitos, autores do material textual em análise. A análise do conteúdo é utilizada tanto em estudos qualitativos quanto quantitativos (CAPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003), uma vez que os resultados obtidos podem ser desenvolvidos em teorias e/ou servir de base para uma futura análise quantitativa (SRNKA & KOESZEGI, 2007).

Foi feita uma análise individual com foco na percepção do paciente sobre o tratamento, procurando-se entender o sentido que cada paciente construiu sobre dificuldades e facilidades com o uso de ARV.

Seguindo as orientações de Bardin (2011), a análise se desdobrou em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de **pré-análise** procedeu-se a uma leitura flutuante de todo o texto para a familiarização com o corpus de análise e posterior organização deste (BARDIN, 2011). Verificou-se que nas respostas à pergunta sobre o que facilita tomar os antirretrovirais, muitas vezes, havia a expressão implícita de dificuldade, já que a possível facilidade relatada era um reflexo da dificuldade vivenciada. O mesmo ocorreu com respostas à pergunta sobre o que fazer para melhorar a convivência com o tratamento, onde muitas sugestões sobre o que fazer eram, na verdade, consequências de alguma dificuldade (a sugestão não seria necessária se não existisse a dificuldade). O corpus constituiu-se, portando, das respostas às três perguntas tomadas conjuntamente, como se fosse uma única resposta.

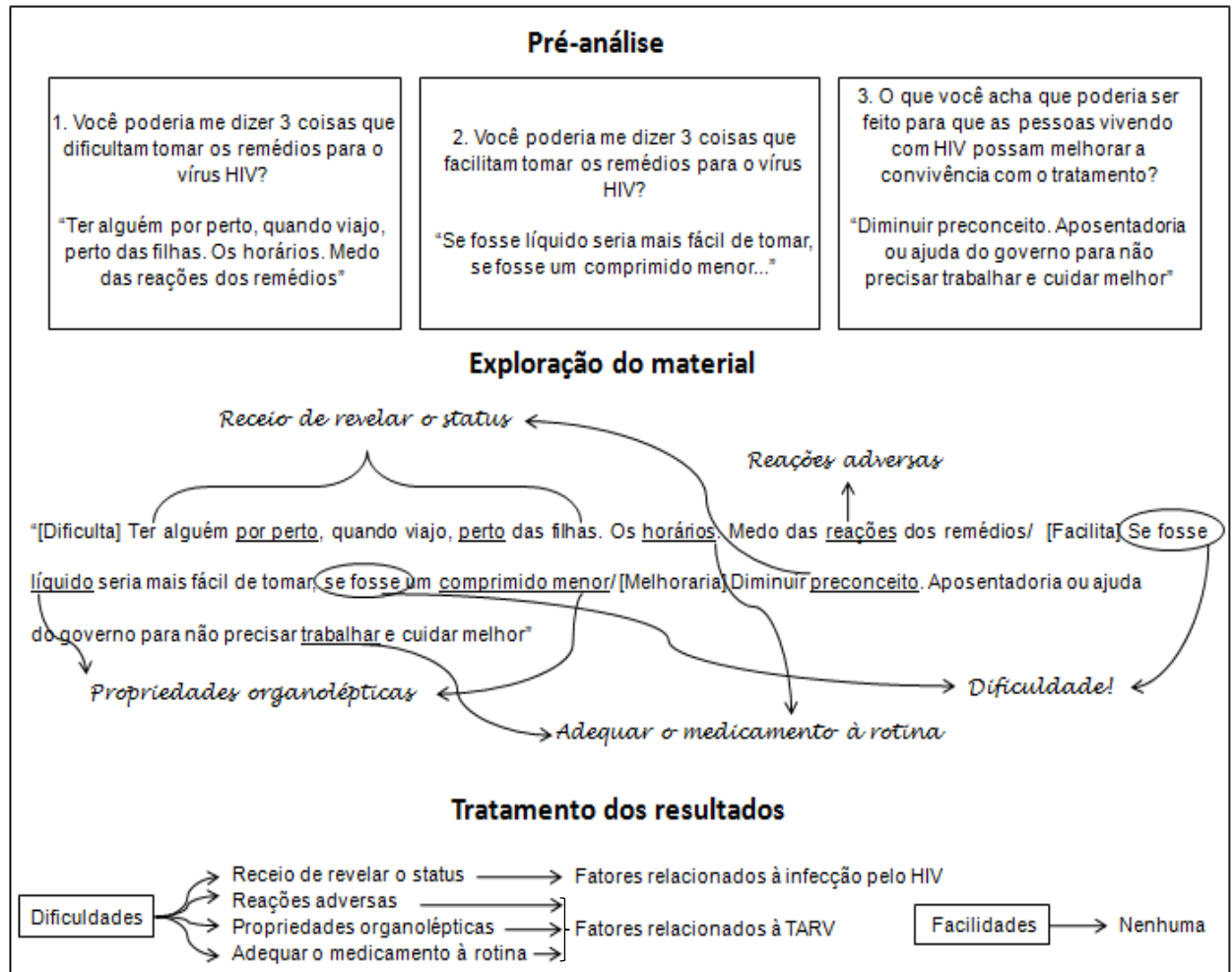
O próximo passo foi codificar o corpus, na fase de **exploração do material**. A codificação é uma forma de tratar, organizar e controlar os dados e acrescenta interpretação a eles. Com a codificação, todos os dados originais são preservados (GIBBS, 2009). As palavras-chaves ou unidades de registro foram grifadas no texto

e codificadas em unidades de contexto, que podiam ser um conceito ou uma frase, formulado o mais perto ao material, mas evitando utilizar palavras do texto para ir além das descrições, criando temas mais gerais e analíticos. Toda unidade de registro de um mesmo indivíduo ou indivíduos diferentes que se referia à mesma situação ou exemplificava uma mesma ideia foi codificada na mesma unidade de contexto. As unidades de contexto foram construídas indutivamente, mas os conceitos que elas representam vieram do quadro teórico construído a partir da revisão da literatura. A cada unidade de contexto criada registrava-se, em um documento à parte, uma descrição da ideia analítica a qual a unidade se referia, como uma forma de garantir que a codificação fosse realizada de forma sistemática e constante (GIBSS, 2009). A identificação de fatores negativos e positivos para a convivência com o tratamento foi realizada durante a codificação, criando-se dois polos de análise: unidades de contexto que representavam dificuldades e unidades de contexto que representavam facilidades.

Na fase de **tratamento dos resultados** as unidades de contexto, dentro de cada polo de análise, foram classificadas em categorias. A categorização consiste em classificar os elementos por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo as características comuns desses elementos, com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2011). O critério de classificação escolhido foi o semântico, ou seja, a classificação é feita segundo o significado dos elementos, o que eles representam para a compreensão e manejo da adesão à TARV. Foi aplicado o procedimento por “caixas”, no qual o sistema de categorias é fornecido previamente (BARDIN, 2011). O sistema de categorias utilizado constituiu-se das cinco dimensões que afetam a adesão, propostas pela OMS: fatores sociais e econômicos, fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde, fatores relacionados à terapia, fatores relacionados à infecção pelo HIV e fatores relacionados ao paciente (WHO, 2003). Após o tratamento dos resultados procedeu-se à **interpretação**, atrelada à pergunta de pesquisa e tendo como base o arcabouço teórico proveniente da revisão de literatura. Esta fase consistiu na explicação e significação das categorias, ilustrando com os relatos dos pacientes e fazendo inferências sobre as causas e consequências dos achados, sempre comparando com o que foi encontrado por outros autores.

A Figura 1 ilustra as fases do processo de análise do conteúdo, utilizando o relato de um participante do Projeto AVANT como exemplo.

Figura 1 – Fases do processo de análise do conteúdo



O processo de análise qualitativa foi realizado por um único pesquisador, sendo revista e aprovada por um segundo pesquisador.

Os resultados que serão apresentados refletem uma "saturação teórica", uma vez que as unidades de contexto emergiram de forma consistente e mostraram-se redundantes ao longo dos relatos (GLASER; STRAUSS, 1967).

4.5.2 Análise quantitativa

A análise quantitativa desta dissertação baseia-se na hipótese de que a vivência de dificuldades está associada ao autorrelato de não-adesão. A variável resposta, não-

adesão à TARV, foi identificada de acordo com a resposta dos participantes às seguintes perguntas do WebAd-Q:

- a) “Nos últimos sete dias, você tomou algum dos remédios do seu coquetel fora do horário indicado pelo seu médico?”
- b) “Nos últimos sete dias, você deixou de tomar algum dos remédios do seu coquetel?”
- c) “Nos últimos sete dias, alguma vez você tomou menos ou mais comprimidos de algum dos remédios do seu coquetel?”

Com base na resposta (sim/não/não lembro) às essas perguntas, estabeleceu-se uma escala de quatro categorias de não-adesão, classificada da seguinte forma:

0 - “Zero” não-adesão: resposta negativa à todas as perguntas;

1 - Não-adesão a uma dimensão: resposta positiva (ou “não lembro”) à uma pergunta;

2 - Não-adesão a duas dimensões: resposta positiva (ou “não lembro”) à duas perguntas;

3 - Não-adesão a três dimensões: resposta positiva (ou “não lembro”) à todas as perguntas.

As subcategorias (unidades de contexto) de dificuldades obtidas na análise qualitativa foram utilizadas aqui como variáveis de exposição e receberam escore “0” se o paciente não relatou aquela dificuldade ou escore “1” se o paciente a relatou.

Como a variável desfecho é ordinal e não apresentou distribuição normal na população do estudo, utilizou-se o teste de tendência não paramétrico tau-b de Kendall (SIEGEL, 1957) para a análise univariada e os fatores que apresentaram $p < 0,20$ foram incluídos no modelo de chances proporcionais da regressão ordinal. Esse modelo permite captar a natureza ordenada da variável resposta, minimizando a perda de informação na categorização e gera uma medida de associação constante ao longo das categorias da variável resposta (MANOR; MATTHEWS; POWER, 2000). As premissas para o uso de regressão ordinal foram obedecidas: não foi encontrado multicolinearidade entre os fatores de dificuldade e o teste de retas paralelas foi adequado ($p = 0,569$), atendendo à suposição das chances proporcionais. A magnitude da associação foi estimada por meio do odds

ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança a 95%.A qualidade do ajuste do modelo ordinal foi verificada usando o teste de *deviance* (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009).

Todas as análises foram realizadas no software estatístico SPSS versão 22.0(SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), considerando somente os casos completos (i.e., participantes que não responderam a nenhuma das questões abertas não foram incluídos nas análises).

4.6 Considerações éticas

O projeto AVANT encontra-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde) e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo B). A participação na pesquisa foi voluntária após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de pacientes convidados a responder o questionário WebAd-Q (2604 pacientes), houveram 180 perdas, totalizando 2424 questionários respondidos correspondendo a 53 serviços participantes. Mais de metade das perdas (53,8%) foram caracterizadas como recusas (falta de tempo, receio de exposição, entre outros) e o restante dos questionários foi excluído por não respeitar os critérios de inclusão na pesquisa, por falhas no sistema eletrônico ou por dados duplicados. O número total de pacientes da subamostra entrevistados foi 605, sendo que sete entrevistas foram excluídas devido a exclusão prévia do questionário WebAd-Q, totalizando 598 entrevistas de 17 serviços participantes.

A apresentação dos resultados está organizada em quatro seções. A seção 5.1 contém uma descrição das características da população estudada nesta dissertação. As seções 5.2 e 5.3 apresentam os resultados qualitativos e quantitativos, respectivamente, cada qual acompanhado de sua discussão parcial. Finalmente, a seção 5.4 reúne as duas abordagens de análise em uma discussão final.

5.1 Descrição da população

Os participantes da subamostra apresentaram uma idade média de 44 anos, 60,5% eram do sexo masculino, a maioria era de cor branca (44,6%), pertencente à classe econômica C (53,0%) e a escolaridade média foi de oito anos de estudo (Tabela 1).

Em relação às características relacionadas à infecção e ao tratamento, o tempo médio de positividade para o HIV foi de nove anos e para a TARV foi de sete anos. A maioria dos participantes estava em esquemas contendo um ITRN e um IP (53,3%), seguida daqueles em uso de ITRN associado a um ITRNN (40,3%). Apesar de 60,4% dos participantes relatarem não ter apresentado reações adversas durante os seis meses anteriores à entrevista, a maioria deles considerou que os antirretrovirais causam lipodistrofia (48,0%).

Entre as características comportamentais, 24,5% não usaram preservativo na última relação sexual e 16,7% faziam uso de drogas ilícitas. A maior parte dos participantes declarou boa qualidade de vida (48,9%), satisfação com a saúde (49,6%) e

apresentou sintomas improváveis de ansiedade (60,7%) e depressão (70,2%). As demais características dos participantes podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características descritivas dos participantes da subamostra (n=598), Projeto AVANT, 2010.

Características	n ¹	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Idade do paciente		
Média em anos± desvio padrão	44,0±10,4	—
Sexo		
Masculino	361	60,5
Feminino	236	39,5
Cor da Pele		
Branca	266	44,6
Parda	199	33,3
Preta	102	17,1
Amarela	16	2,7
Indígena	14	2,3
Escolaridade		
Média em anos± desvio padrão	8,0±5,2	—
Renda própria no último mês		
Sim	499	83,6
Não	98	16,4
Situação laborativa atual		
Empregado com salário fixo ou temporário	156	26,2
Afastado por doença	191	32,2
Desempregado	121	20,4
Autônomo	117	19,7
Empregador	9	1,5
Classificação Econômica (ABEP 2009)		
A	16	2,7
B	139	23,5
C	314	53,0
D	107	18,1
E	16	2,7
RELACIONADAS AO TRATAMENTO E À INFECÇÃO		
Motivo de comparecimento no serviço (no dia da entrevista)		
Atendimento agendado	393	66,7
Retirar ARV	131	22,3
Atendimento não agendado	65	11,0
Tempo de positividade para o HIV		
Média em meses± desvio padrão	107,0±66,3	—
Tempo de tratamento antirretroviral		
Média em meses± desvio padrão	88,0±57,6	—

/continua

Tabela 1 – Características descritivas dos participantes da subamostra (n=598), Projeto AVANT, 2010 (continuação).

Características	n ¹	%
Considerar que ARV causaram lipodistrofia		
Não	275	46,1
Sim	287	48,0
Não sabe	35	5,9
Esquema terapêutico		
ITRN + IP	309	53,3
ITRN + ITRNN	234	40,3
Outros	37	6,4
Reação adversa nos últimos 6 meses		
Não	360	60,4
Sim	224	37,6
Não lembra/não sabe	12	2,0
Resultado da última carga viral (informado pelo entrevistado)		
Normal – Boa	448	75,3
Alta – Ruim	73	12,3
Não soube responder	74	12,4
Resultado da última contagem de Linfócitos TCD4+ (informado pelo entrevistado)		
Normal – Alto	402	67,8
Ruim – Baixo	103	17,4
Não soube responder	88	14,8
Faltar alguma consulta médica nos últimos 6 meses		
Não	436	72,9
Sim	151	25,3
Não teve consulta agendada	11	1,8
Faltar algum outro atendimento nos últimos 6 meses		
Não	442	74,2
Sim	112	18,8
Não teve atendimento agendado	37	6,2
Não lembra/não sabe	5	0,8
COMPORTAMENTAIS		
Uso de preservativos nos últimos 6 meses		
Em todas as relações sexuais	284	47,6
Na maioria das relações sexuais	68	11,4
Em menos da metade das relações sexuais	38	6,4
Em nenhuma das relações sexuais	39	6,5
Não teve relações sexuais	168	28,1
Uso de preservativos na última relação sexual		
Sim	434	75,5
Não	141	24,5
Frequência de uso de cigarro nos últimos 3 meses		
Nunca	405	67,8
1-2 vezes	9	1,5
Mensalmente	6	1,0
Semanalmente	14	2,3
Diariamente	164	27,4

/continua

Tabela 1 – Características descritivas dos participantes da subamostra (n=598), Projeto AVANT, 2010 (continuação).

Características	n¹	%
Frequência de uso de álcool nos últimos 3 meses		
Nunca	315	52,7
1-2 vezes	92	15,4
Mensalmente	56	9,4
Semanalmente	122	20,4
Diariamente	13	2,1
Uso de droga ilícita nos últimos 3 meses		
Não	498	83,3
Sim	100	16,7
RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA		
Autoavaliação da qualidade de vida		
Muito ruim	17	2,8
Ruim	21	3,5
Nem ruim nem boa	138	23,2
Boa	292	48,9
Muito boa	129	21,6
Satisfação com a própria saúde		
Muito insatisfeito	15	2,5
Insatisfeito	49	8,2
Nem insatisfeito nem satisfeito	117	19,6
Satisfeito	296	49,6
Muito satisfeito	120	20,1
RELACIONADAS A SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS		
Sintomas de ansiedade (HAD)		
Improvável	363	60,7
Possível (questionável)	140	23,4
Provável	95	15,9
Sintomas de depressão (HAD)		
Improvável	420	70,2
Possível (questionável)	121	20,3
Provável	57	9,5

¹Total varia de acordo com informação ignorada

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa;

HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IP: Inibidores da Protease

ITRN: Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

ITRNN: Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos

Os participantes da subamostra eram provenientes de 12 estados brasileiros, sendo que 62,5% dos participantes eram da região Sudeste (destes, 58,3% eram do estado de São Paulo e 28,3% do estado do Rio de Janeiro), 18,4% da região Sul, 11,7% da região Nordeste, 4,0% da região Centro-Oeste e 3,4% da região Norte.

Em relação à qualidade dos serviços de saúde participantes, a maioria dos participantes (32,2%) estava em acompanhamento em serviços classificados no grupo de melhor qualidade (grupo 1) e apenas cinco pacientes eram de serviços classificados no grupo de pior qualidade (grupo 6). O segundo grupo de melhor

qualidade (grupo 2) contou com 17,2% dos participantes e o terceiro grupo com 8,7%. Nenhum participante da subamostra era proveniente de serviços classificados no quarto grupo de qualidade. No quinto grupo estavam 25,2% dos participantes e os outros 15,9% eram atendidos em serviços que não responderam ao questionário (grupo 7).

5.2 Análise qualitativa

Em geral, observou-se que muitos pacientes vivem situações completamente contrárias uns dos outros, uma vez que, enquanto uns apresentaram exclusivamente razões que os ajudam a conviver com o tratamento (n=87; 14,6%), outros reportaram somente aspectos negativos da convivência com o tratamento e com a doença como um todo (n=123; 20,7%). A maioria, entretanto, identificou tanto dificuldades quanto facilidades com o tratamento (n=385; 64,7%).

Apenas 91 (15,3%) participantes não encontraram dificuldades com o tratamento. Em relação às facilidades, 127 (21,3%) participantes não conseguiram encontrar nenhuma razão que facilitasse o uso de ARV. Em geral, os participantes encontraram mais razões de dificuldades do que facilidades com o tratamento. A maior tendência em relatar dificuldades pode ser explicada pelo fato de que eventos negativos envolvem maior reflexão, onde a informação é processada mais profundamente do que em eventos positivos e, conseqüentemente, os eventos envolvendo emoções ruins permanecem mais vivos na mente dos pacientes do que aqueles envolvendo boas emoções (BAUMEISTER et al., 2001).

Foram extraídas 21 unidades de contexto dos relatos dos pacientes, representando os fatores de dificuldades e facilidades, agrupadas em cinco categorias principais (Quadro1). As categorias não são mutuamente exclusivas. As unidades de contexto poderiam ter sido classificadas em mais de uma categoria, no entanto foram classificadas na qual teriam maior peso. O contexto de estigma, por exemplo, esteve presente em todas as cinco categorias. Nesta dissertação considerou-se como contexto de estigma o processo de desvalorização e depreciação da imagem de uma pessoa aos olhos de outros e que, quando manifestado, resulta em discriminação (UNAIDS, 2011).

Quadro 1 – Fatores indicativos de dificuldades e facilidades com o uso de antirretrovirais segundo unidades de contexto e categorias

Categorias	Unidades de contexto	n (%)	Exemplos dos pacientes
Fatores sociais e econômicos	(-) Falta de apoio social	137 (23)	“Redução de preconceito para poder se abrir mais com as pessoas”
	(+) Receber ajuda de outras pessoas	56 (9)	“Meus filhos me chamam no horário de tomar. Meus amigos que sabem não me deixam perder a hora”
	(-) Problemas financeiros	24 (4)	“Falta benefício financeiro para alimentação”
	(-) Conseguir emprego e/ou manter-se nele	10 (1)	“Não vejo mais perspectivas de trabalho. A qualidade de vida é negada assim que é considerado soropositivo”
Fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde	(-) Insatisfação com o serviço de saúde	107 (18)	“Aguardar muito tempo na farmácia, horários restritos para pegar os remédios”
	(+) Gratuidade e disponibilidade do medicamento	67 (11)	“É de graça, nunca falta”
	(+) Satisfação com o atendimento de profissionais de saúde	47 (8)	“Sou sempre bem tratado, meu atendimento aqui foi muito bom. Adoro minha médica”
	(-) Relação ruim com profissionais de saúde	38 (6)	“Falta de confiança nos médicos”
Fatores relacionados à terapia antirretroviral	(-) Adequação do medicamento à rotina	238 (40)	“Dependendo do serviço não tem como cumprir o horário da medicação”
	(-) Eventos adversos	136 (23)	“A reação que dá no corpo, a moleza, dor de cabeça forte”
	(-) Propriedades organolépticas do medicamento	60 (10)	“Tomar remédios com gosto e cheiro ruins”
Fatores relacionados à infecção pelo HIV	(-) Receio de revelar o status de HIV positivo	71 (12)	“Levar em viagens em grupo e ter que esconder das outras pessoas”
	(+) Aceitar a doença	57 (9)	“Tem que aceitar o diagnóstico e encarar o tratamento, estar disposto a ficar vivo”
	(-) Incerteza sobre o futuro	55 (9)	“Tenho medo do resultado do CD4 e carga viral, de saber se estou bem”
	(-) Comorbidades	26 (4)	“Depressão”
	(-) Oposição e revolta	12 (2)	“Não consigo aceitar, ouvir o nome da doença. É difícil ver os remédios”
Fatores relacionados ao paciente	(+) Acreditar na eficácia do tratamento	197 (33)	“Sei que a medicação me deixa com a saúde boa”
	(+) Mecanismos que ajudam a lembrar	113 (19)	“Uso o despertador, o horário de alguma refeição ou peço alguém para me lembrar”
	(+) Desejo de viver	147 (25)	“Motivação para melhorar para viver pelos filhos”
	(-) Simples esquecimento	59 (10)	“Eu me desligo, às vezes esqueço”
	(-) Consumo de drogas e bebidas alcoólicas	26 (4)	“Quando tomo raramente bebida alcoólica deixo de tomar o remédio”

(+) Fatores indicativos de facilidade; (-) fatores indicativos de dificuldade.

A dificuldade mais relatada foi a adequação do medicamento à rotina (40%), uma vez que inclui todos os aspectos relacionados à complexidade dos regimes, como frequência de doses, quantidade de comprimidos, restrições alimentares, entre outros. Amico et al. (2007) observaram que, das razões dadas pelos pacientes por ter perdido alguma dose de ARV, as quatro mais frequentes estavam relacionadas à complexidade do regime. Quanto às facilidades, a mais relatada foi a crença na eficácia do tratamento (33%), seguida do desejo de viver (25%), ambas classificadas como fatores relacionados ao paciente, a categoria mais frequente neste estudo. Em concordância, Chesney (2000), identificou que fatores relacionados ao paciente são os mais importantes determinantes da adesão.

As categorias e unidades de contexto foram descritas e discutidas na seção 5.2.1. A rede de interações entre as categorias e a não adesão foi apresentada e discutida mais adiante, na seção 5.2.2. As sugestões feitas pelos pacientes em seus relatos foram descritas destacadamente na seção 5.2.3.

5.2.1 Dificuldades e facilidades com o tratamento antirretroviral

Fatores sociais e econômicos

Pessoas vivendo com HIV encontram-se inseridas em uma sociedade que, muitas vezes, não tem informação suficiente sobre a infecção e acaba por julgar e isolar essas pessoas, manifestando o estigma. Muitos pacientes consideraram que a **falta de apoio social** influencia negativamente a convivência com o tratamento e atribuem isso à falta de informação das pessoas. O paciente sente-se angustiado por não ser aceito pela sociedade, por não ter com quem conversar, quem dê apoio emocional ou quem ajude a lembrar de tomar o medicamento na hora certa. Os relatos a seguir exemplificam o exposto acima:

“Discriminação por falta de conhecimento. As pessoas [...] deviam aprender a buscar informações”. (mulher, 33 anos)

“Existem muitas pessoas com racismo contra pessoas com HIV. Se não houvesse pessoas assim, seria bem mais fácil vencer”. (mulher, 33 anos)

Kumarasamy et al. (2005), em estudo realizado na Índia, também observaram que a falta de apoio social prejudica a adesão e que o preconceito por parte das outras pessoas é devido à falta de informação para compreender o HIV.

A presença de apoio da sociedade, por outro lado, é reportada em outros estudos como motivador da adesão, uma vez que familiares, amigos e organizações não governamentais encorajam os pacientes a seguir com o tratamento (ROBERTS, 2000; CURIOSO et al., 2010; SANTOS et al., 2011; PORTELLI et al., 2012). No presente estudo, **receber ajuda de outras pessoas** foi relatado como um fator indicativo de facilidades, uma vez que o paciente sentia-se acolhido em determinados lugares, como igreja, casa ou serviço de saúde, ou na presença de certas pessoas, como familiares, amigos ou outros pacientes. Nesses ambientes o paciente sente-se confortável para falar abertamente, conversar sobre a doença e sobre a vida. A família auxilia na convivência diária com o tratamento e as conversas, ou outras atividades em grupos, servem como uma distração ou como uma forma de amenizar outros problemas vivenciados pelo paciente:

“A família ajuda [...]. Conversar com pessoas confiáveis, com quem se sente à vontade, conversar sobre o tratamento e sobre a vida normal. Um diálogo, uma conversa resolve tudo”. (homem, 19 anos)

“Não se preocupar com a doença, ir na igreja, dar risada, passear, se divertir, brincar”. (mulher, 18 anos)

Em relação aos fatores econômicos, os pacientes relataram dificuldades para **conseguir emprego e/ou manter-se nele**. Doenças relacionadas ao HIV, sobretudo as recaídas que levam à internação, podem ser responsáveis por faltas no trabalho, podendo levar a três situações ruins para o paciente: (i) o empregador fica impaciente com as faltas frequentes e demite o paciente; (ii) o empregador e colegas descobrem ou desconfiam do diagnóstico de HIV positivo do paciente e começam a tratá-lo de forma diferente; ou (iii) o próprio paciente se demite para evitar que as pessoas no trabalho descubram seu status de HIV positivo. Garrido et al. (2007) descrevem em seu estudo experiências de pacientes homens que passaram por estas três situações. Para os pacientes desempregados, a falta de oportunidade de novos empregos é o que desestimula:

“Falta de perspectiva com emprego e vida profissional”. (homem, 42 anos)

O desemprego e a falta de perspectivas podem afetar a saúde mental do indivíduo, levando a sintomas de depressão (KAHARUZA et al., 2006) ou outros fatores psicológicos, que, por sua vez, dificultam a adesão (GIR, VAICHULONIS E OLIVEIRA, 2005). Katz et al. (2013) demonstraram uma relação recíproca entre o estigma e a insegurança econômica, causada pela exclusão de PVHIV do mercado de trabalho.

Problemas financeiros foram relatados pelos participantes como uma barreira para o deslocamento até o serviço de saúde, sobretudo por aqueles que moram no interior dos estados. Porém, a falta de dinheiro foi mais relatada em relação à alimentação. Os pacientes acreditam que a alimentação é importante para manter a saúde e auxiliar no efeito do tratamento, mas se sentem impossibilitados por não terem recursos financeiros que proporcionem uma alimentação adequada. Santos et al. (2011), em estudo realizado em Belo Horizonte, também encontraram que o custo mensal com transporte para as visitas ao serviço de saúde é um desafio para a adesão e que muitos pacientes têm acesso limitado a alimentação de qualidade. Diretrizes para promover adesão aos ARV, propostas por Thompson et al. (2012), incluem a implantação de programas suplementares de alimentação.

Fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde

A **gratuidade e disponibilidade dos medicamentos** foi apontada como fator indicativo de facilidade da convivência com o tratamento. Os pacientes atribuem esse fator à divindade, como forma de expressar gratidão e considerar-se abençoado por ter acesso gratuito:

“O remédio é doado, isso é uma benção especial”. (mulher, 64 anos)

“O remédio é de graça, além de sempre ter na farmácia”. (mulher, 30 anos)

Não precisar pagar por medicamentos é um problema a menos na vida de PVHIV e, portanto, aquelas que reconhecem e sabem dar valor provavelmente têm mais sucesso no tratamento. Um participante sugeriu mostrar aos pacientes o verdadeiro custo dos medicamentos para o SUS, de forma a conscientizá-los a valorizar o acesso universal. Outros estudos qualitativos brasileiros não reportaram a gratuidade dos ARV como facilitador da adesão (MELCHIOR et al., 2007; SANTOS et al., 2011; SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009), ao contrário de um estudo realizado no Camboja, onde os participantes tinham acesso gratuito aos medicamentos e consciência de seu custo, identificando-os como uma preciosidade (ELLIOTT et al., 2011).

Pacientes demonstraram também **satisfação com o atendimento de profissionais da saúde**, sentindo-se acolhidos, confortáveis para falar abertamente e recebendo atenção e cuidados com simpatia:

“Ajuda das pessoas do serviço, que me tratam bem e me ajudam”
(homem, 45 anos)

“Tenho o incentivo da enfermeira que aplica injeção e confiança no médico que me trata” (homem, 54 anos)

Segundo a revisão conduzida por Vervoort et al. (2007), 11 estudos encontraram que uma boa relação entre profissional de saúde e paciente tem impacto positivo na adesão. O incentivo do profissional de saúde é extremamente necessário no processo de adesão, pois muitos pacientes dão credibilidade a ele. É importante a participação de vários profissionais da saúde para contemplar todas as necessidades dos pacientes, como informações sobre o regime terapêutico, acompanhamento psicológico, mudança de hábitos, etc. Entretanto, a comunicação entre o profissional de saúde e paciente nem sempre é satisfatória, sendo que alguns pacientes relataram **relação ruim com profissionais de saúde**, como falta de confiança, distanciamento, falta de incentivo e confusão da informação transmitida. Muitos pacientes relataram ficar sem tomar o ARV por não compreenderem claramente as instruções do médico. No estudo de Ceccato et al. (2008) sobre a compreensão da TARV por pacientes, 37,9% dos participantes não atingiram um nível mínimo de compreensão do tratamento.

O incentivo à adesão é visto pelos pacientes como uma responsabilidade do profissional de saúde. Um paciente relatou falta de confiança no médico e logo depois mencionou que não acreditava na eficácia do medicamento, sugerindo que esses dois fatores podem estar relacionados. De acordo com as percepções de médicos do Rio de Janeiro descritas por Malta et al. (2005), a comunicação com o paciente muitas vezes não é efetiva por causa de tempo insuficiente para a consulta e insegurança para abordar assuntos como adesão e eventos adversos.

Alguns pacientes expressaram **insatisfação com o serviço de saúde**, incluindo fatores como organização, má condição dos equipamentos, falta de medicamento nas farmácias, dificuldade para marcar consultas, ausência de apoio para lidar com eventos adversos, agendamento com horários restritos e demora na entrega de exames. A maioria dos serviços que responderam ao Questionário Qualiaids em 2010 relatou que o tempo de espera para os resultados dos principais exames laboratoriais não é superior a 15 dias (NEMES et al., 2011). Entretanto, para o paciente ansioso em receber os resultados, 15 dias pode significar muito tempo. A insatisfação ocorre quando as expectativas do paciente superam a qualidade do serviço recebido (OLIVER, 1980). Por isso, ao se avaliar a qualidade do processo assistencial, é importante ouvir as percepções dos pacientes. Como a maioria dos serviços de saúde em 2010 era localizada em ambulatório de assistência a várias especialidades (NEMES et al., 2011), muitos pacientes demonstraram desconforto por estar entre pessoas que não eram HIV positivas:

“Ficamos expostos na espera pela consulta” (mulher, 32 anos)

“Uma vez o farmacêutico falou alto que o remédio era pra AIDS, fiquei com vergonha” (homem, 49 anos)

Problemas relacionados ao estigma que afetam a relação do paciente com o serviço de saúde também foi encontrado no estudo de Lyimo et al. (2012), realizado na Tanzânia. Os pacientes relataram estar insatisfeitos com a organização do serviço, uma vez que o local de retirar o ARV é compartilhado por pessoas que não são HIV positivas e eles se sentem expostos, com medo do status ser revelado e serem vítimas de estigma. Outra barreira identificada no estudo realizado na Tanzânia foi o fato de os pacientes evitarem ir ao serviço de saúde próximo de sua casa para não serem identificados por membros conhecidos da comunidade (LYIMO et al., 2012).

Fatores relacionados à terapia antirretroviral

Dificuldades relacionadas diretamente ao uso de medicamentos foram frequentemente mencionadas, sobretudo a experiência de **eventos adversos**. Alguns pacientes relataram não tomar o medicamento por medo de ter alguma reação. Esse medo está associado às experiências passadas com reações adversas, ou na crença de que a ingestão de muitas pílulas tem efeito negativo. Segundo alguns participantes, o organismo parece não aceitar tanto medicamento, “o coquetel é forte e a gente vai enfraquecendo”. Em outros estudos, pacientes relataram ficar um tempo sem usar medicamentos para que o corpo se recuperasse dos efeitos negativos (MELCHIOR et al., 2007; VERVOORT et al., 2007). O medo dos efeitos colaterais e das reações adversas foi a principal causa de adiamento ou recusa de cumprir a prescrição de ARV, relatada por PVHIV (ACURCIO; GUIMARÃES, 1999).

A lipodistrofia, um efeito colateral do uso de ARV, está intimamente ligada ao estigma, uma vez que causa mudanças visíveis na aparência. Pacientes que mencionaram a lipodistrofia em algum momento da entrevista também citaram palavras como “discriminação” e “preconceito”. Sendo a lipodistrofia uma consequência do uso de ARV, é bem provável que o paciente deixe de tomá-los para evitar as mudanças na aparência. A relação entre eventos adversos aparentes e estigma também foi relatado por outros estudos qualitativos (KATZ et al., 2013).

Horne et al. (2004) observaram que pacientes cujas preocupações com eventos adversos eram maiores que suas percepções da necessidade do uso de ARV, apresentaram maior probabilidade de reportar baixa adesão. A compreensão da importância em se superar os eventos adversos para se alcançar os benefícios do tratamento é necessária para lidar com essa dificuldade do paciente, sendo recomendáveis intervenções educativas e de aconselhamento. Entretanto, muitos médicos estão pouco preparados para identificar e resolver os problemas com eventos adversos e muitos pacientes apresentam dificuldades para informar esses problemas (RUUD; SRINIVAS; TOVERUD, 2012).

Observou-se que as dificuldades com eventos adversos são maiores no início do tratamento, uma vez que participantes com maior tempo de TARV relataram já estar acostumados às reações e alguns adotam práticas para diminuir os efeitos

indesejáveis, como comer antes de tomar o medicamento. No estudo de Melchior et al. (2007) as dificuldades ocorreram com maior frequência no início da TARV, sobretudo àquelas relacionadas diretamente ao uso de medicamentos.

Outras características dos esquemas terapêuticos dificultam o uso correto dos ARV, principalmente aquelas relacionadas à complexidade dos regimes. Horários restritos e rigorosos podem ocasionar a interrupção de atividades ao longo do dia e dificultam a **adequação do medicamento à rotina**, sendo incompatíveis com o trabalho e lazer do paciente. Além disso, o transporte de comprimidos também pode ser uma barreira, devido à grande quantidade e local de armazenamento. A incompatibilidade de horários pode fazer com que o paciente perca alguma dose do dia, contribuindo para a não adesão:

“O horário e o transporte dificultam. Se esqueço de levar, pulo [a dose] antes do almoço e só tomo depois”. (homem, 32 anos)

A grande quantidade de medicamentos, além de estar associada a palavras como “cansaço” e “enfado”, pode gerar confusão para alguns pacientes em relação à dose correta e ao horário, uma vez que muitos têm aparência semelhante. As restrições alimentares que certos esquemas terapêuticos impõem também são difíceis de adequar à rotina, muitas vezes por falta de acesso a alimentação de qualidade, conforme discutido anteriormente. Curioso et al.(2010) também incluíram relatos de pacientes que mencionaram dificuldade em incorporar as instruções alimentares, perda de doses por estar fora de casa e desconforto de carregar e tomar muitos medicamentos. Segundo a OMS, intervenções usadas para aumentar a adesão no âmbito de fatores relacionados à TARV incluem a simplificação do regime (WHO, 2003). Um estudo de estratégias para diminuir a exposição dos pacientes ao medicamento encontrou que a disponibilidade de medicamentos combinados em um único comprimido e em dose única diária simplificou os esquemas, reduzindo a carga de pílulas, porém não reduziu os custos nem a exposição aos efeitos negativos dos medicamentos (MCKINNON; MELLORS; SWINDELLS, 2009).

Os pacientes reclamaram das **propriedades organolépticas** dos comprimidos, como cor, gosto e tamanho:

“Quando tomo com pouca água tranca” (homem, 51 anos, boa adesão)

“A cor do remédio, azul. Você não associa algo azul com alimento para ingerir. O gosto é ruim”. (mulher, 35 anos)

As propriedades do medicamento foram relatadas como uma dificuldade que pode ser facilmente superada. Os próprios pacientes comentaram em seguida que contornavam esse problema ao ingeri-los com iogurtes, sucos ou leite. Murphy et al. (2003) também reportaram casos de pacientes que usavam estratégias com comidas e bebidas especiais para minimizar as características desagradáveis dos medicamentos.

Fatores relacionados à infecção pelo HIV

Esta categoria relaciona-se com o “viver com HIV”, ou seja, o impacto do diagnóstico, os sintomas de doenças relacionadas, a ausência de cura e a imagem do HIV e da AIDS para a sociedade.

O diagnóstico de HIV esteve por muito tempo associado à morte anunciada (FERRAZ, 1996) e, apesar de, atualmente, a infecção ser considerada uma condição crônica, a sensação de morte continua presente na vida de PVHIV. Essa sensação, no entanto, não é somente biológica, mas também afetiva, caracterizando o fenômeno descrito por sociólogos como “morte social” (WRIGHT, 2013), devido ao estigma relacionado ao HIV. Ao relatarem que “socialmente é ruim” e “vida social fica prejudicada”, os pacientes compreendem que o diagnóstico traz essa carga de “morte” afetiva e por isso têm o **receio de revelar o status de HIV positivo**, evitando tomar os ARV na frente de outras pessoas. Não é necessário que o paciente tenha sofrido algum tipo de preconceito para que ele tenha esse medo, como demonstrou um participante ao falar que não teve problemas com discriminação e, no entanto, acha difícil contar para as pessoas que usa ARV. Esse fator afeta a adesão diretamente, uma vez que o paciente deixa de utilizar o medicamento em situações nas quais ele sente exposto, como em viagens, casa de amigos e trabalho:

“Perto de pessoas que não sabem, eu não tomo os remédios, na presença dos filhos também não tomo. Não gosto de perguntas, é difícil responder”. (mulher, 35 anos)

“Tenho medo de quem está perto note alguma coisa. Gostaria de um único comprimido antes de dormir, para não ficar me escondendo” (mulher, 27 anos)

Revelar o diagnóstico para amigos e familiares é importante para que o paciente não tenha dificuldade em tomar ARV na presença de outras pessoas e receba apoio para tomar o medicamento na hora certa (ROBERTS; MANN, 2000; DAHAB et al., 2008; LYIMO et al., 2012). No entanto, essa divulgação pode ter consequências negativas na vida do paciente se a resposta dos amigos e/ou familiares for isolá-lo, expulsá-lo de casa ou ignorá-lo como membro da família (KUMARASAMY et al., 2005). O processo de divulgação do diagnóstico para a família deve ser realizado com cautela, tendo o paciente como participante ativo da tomada de decisão.

O diagnóstico de HIV traz angústia, medos, conflitos e sentimento de culpa, devido, em parte, à percepção do paciente em relação ao estigma (FERREIRA, 2003; KATZ et al., 2013). Toda essa carga associada ao diagnóstico pode levar a uma **atitude de oposição e de revolta** em relação à doença e por sua vez ao tratamento. Um participante relatou que sente revolta e por isso não queria fazer o tratamento, enquanto outro negou a existência do vírus. Os pacientes enxergam os medicamentos como um lembrete do HIV e, para muitos, isso causa repulsa, dificultando seu uso:

“Não consigo aceitar, não consigo ouvir o nome da doença, é difícil ver os remédios”. (mulher, 57 anos)

“Abrir os frascos me dá angústia. Não posso ver os remédios”. (mulher, 49 anos)

Alves (2012) observou que o significado negativo atribuído aos ARV pelos pacientes estava relacionado à lembrança do HIV trazida pelo medicamento. No estudo de Roberts e Mann (2000) as pacientes relataram que ao usar o medicamento passam de pessoas normais a doentes, sendo uma lembrança desagradável.

Por outro lado, ao **aceitar a doença** o paciente elimina essas barreiras psicológicas e encara o tratamento como se fosse qualquer outra doença crônica. Em seus relatos, os participantes constantemente se referem à vida “normal” como algo

distante, algo a ser alcançado, e uma das maneiras propostas de se alcançar essa normalidade seria aceitar o HIV como parte da própria vida:

“Não esquentar a cabeça e ter um bom casamento com o HIV, viver a vida normal”. (homem, 58 anos)

A maioria dos pacientes que relataram aceitar o HIV apresentou boa adesão. Na revisão de Katz et al. (2013) participantes de vários estudos que declararam aceitar o status de HIV positivo apresentaram maior facilidade em aderir ao tratamento em relação àqueles que relataram dificuldade em tomar o medicamento por este ser uma lembrança do diagnóstico.

A ausência de cura e o tratamento por toda a vida levam à **incerteza sobre o futuro**. O paciente vive com medo ou apreensão constantes por não saber se vai morrer, se terá recaídas ou se o tratamento continuará fazendo efeito, sentindo-se preso, impotente frente ao destino, e desejando a descoberta urgente pela cura:

“Na troca de medicamentos fico ansioso, preocupado, com medo”.
(homem, 52 anos)

Em estudo com mulheres sob TARV, Abel e Painter (2003) observaram que enfrentar questões da cronicidade e incertezas associadas ao diagnóstico e tratamento leva a um trauma emocional, um dos principais fatores relatados pelas pacientes que prejudicam a adesão. Na revisão de estudos qualitativos, Vervoort et al. (2007) discutem sobre o medo de pacientes em relação aos efeitos tóxicos do medicamento no futuro, representando o paradoxo de que medicamentos são tóxicos e ao mesmo tempo salvam vidas.

O medo, entretanto, pode ser um motivador do uso de ARV, uma vez que o paciente faz de tudo para evitar voltar à condição em que estava. Santos et al. (2011) categorizou em “lembrança viva dos sintomas da doença” relatos de pacientes que demonstravam o receio de conviver novamente com as hospitalizações.

Participantes que declararam não ter vontade de viver, desânimo e tristeza apresentaram baixa adesão:

“Não tenho vontade, não gosto de tomar remédios. Não sei de nada que facilite (tomar ARV)”. (mulher, 27 anos)

Esses sintomas depressivos são considerados **comorbidades** às doenças relacionadas ao HIV e são conhecidos por afetar negativamente a adesão (WHO, 2003). Participantes que relataram falta de vontade declararam não enxergar nenhuma motivação ou facilidade com o uso de ARV. Entre os participantes que relataram sintomas depressivos (n=13), a maior parte (62%) não apresentou nenhuma razão que facilitasse o uso de medicamentos, sugerindo que a depressão e a falta de vontade podem influenciar a adesão, uma vez que privam o paciente de perspectivas mais satisfatórias de vida. Os relatos de sintomas depressivos estão também ligados ao estigma:

“Perdi a vontade de viver. Tenho vergonha da doença”. (mulher, 45 anos)

Esta paciente de 45 anos apresentou diagnóstico de depressão e sugeriu tratamento psicológico para ajudar na convivência com tratamento, indicando que ela compreende que a depressão atrapalha na adesão. Lichtenstein, Laska e Clair (2002) sugeriram que o estigma deveria ser considerado um indicador de depressão em PVHIV. Poucos participantes declararam outras comorbidades que não a depressão, como diabetes e problemas cardíacos.

Fatores relacionados ao paciente

Acreditar na eficácia do tratamento é um dos fatores mais relatados em estudos qualitativos (MILLS et al., 2006) e também foi identificado como fator facilitador neste estudo. Ao acreditar nos benefícios do medicamento, o paciente compreende a necessidade e importância em tomá-lo corretamente e sente-se motivado a aderir para obter bons resultados nos exames. O ato de acreditar faz com que ele tome decisões no sentido de ser responsável e fazer a parte dele para que o medicamento faça o restante. Acreditar também é sinônimo de ter fé no tratamento e muitos pacientes atribuem a salvação unicamente aos medicamentos. Os relatos abaixo exemplificam o que foi exposto acima:

“Porque tomando eu vou pra frente, senão eu vou morrer. As pessoas teriam que tomar na hora certa para sobreviver, a gente depende do remédio”. (mulher, 37 anos)

“Vontade de me cuidar, me valorizar. É o bem da minha saúde, estou vivo graças a meu remédio. Os pacientes têm que se conscientizar mais”. (homem, 46 anos)

Acreditar na eficácia do tratamento, porém, não é o suficiente, uma vez que um **simples esquecimento** pode afetar a adesão. Independente do compromisso do paciente com o tratamento, o esquecimento pode vir de uma pequena distração a falhas na memória. Roberts (2000) observou que mulheres relatavam as tarefas de casa como responsáveis pelo esquecimento. Esse fato não foi observado no presente estudo, onde a maioria das mulheres relatou esquecimento por simples distração.

Para contornar o simples esquecimento, os participantes desenvolveram **mecanismos que os ajudam a lembrar** de usar o medicamento corretamente, criando uma rotina. Os mecanismos incluem uso de aparelhos eletrônicos, como celulares ou despertadores, associação do horário a alguma atividade específica do dia-a-dia, como refeições ou até mesmo levar o cachorro para passear, e membros da família que ajudam a lembrar. Ryan e Wagner (2003) discutem a importância em se criar uma rotina para o uso do medicamento, aliado ao desenvolvimento de habilidades para lidar com mudanças inesperadas que venham a ocorrer durante o dia, no sentido de não deixar de utilizar o medicamento.

O **consumo de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas** foi apontado pelos participantes como fator de dificuldade com o tratamento, uma vez que sabem da impossibilidade em se conciliar o uso dessas substâncias ao uso do medicamento, mas na hora de escolher preferem a substância ao medicamento. Um paciente sugeriu que deveriam eliminar todas as drogas, indicando sua compreensão sobre o dano que elas podem causar e sobre o fato de que muitos pacientes não conseguem se liberar delas sozinho. O uso de substâncias ilícitas pode estar associado a problemas psicológicos, como depressão (GAREY et al., 2015), que por sua vez podem ter sido causados pelo impacto do estigma na vida do paciente:

“[Dificulta] a solidão, morar sozinho, o alcoolismo e problemas emocionais”. (homem, 58 anos)

Katz et al.(2013) comentam que o isolamento social de PVHIV que utilizam substâncias ilícitas é agravado pelo estigma direcionado a grupos minoritários como os usuários de drogas.Em estudo qualitativo realizado com usuários de drogas, Witteveen e Van Ameijden (2002) observaram que metade dos participantes não eram aderentes.

O paciente que pensa em se cuidar e manter-se saudável para viver por mais tempo tem grandes chances de ser aderente ao tratamento (WASTI et al., 2012). O **desejo de viver** é movido por diversas motivações, como ter alguém por quem viver, ter amor à vida e à si mesmo, motivos religiosos, entre outros. A vontade de viver por mais tempo exige que o paciente cuide da própria saúde e isso inclui o uso correto dos ARV. Os exemplos abaixo ilustram as motivações dos pacientes:

“Vontade de viver, passear, ficar alegre [...], responsabilidade de cuidar dos filhos”. (mulher, 41 anos)

“Vontade de viver e cumprir a missão, continuar cumprindo as caridades”. (homem, 45 anos)

Como exemplifica o relato acima, alguns participantes reportaram que fazer caridade e ajudar outras PVHIV motivava seu próprio desempenho no tratamento. Em concordância, Alfonso et al. (2006) comentaram que o ato de ajudar outras pessoas trouxe significado para a vida dos pacientes que o fizeram e ver os resultados positivos de sua ação voluntária deu-lhes satisfação e melhora da autoestima.

Os motivos de se desejar prolongar a vida estão geralmente relacionados com otimismo, alegria e autoestima. Entretanto, no estudo de Kumarasamy et al.(2005) uma paciente relatou que o único motivo pelo qual ela teria de viver mais era para alimentar os filhos e acrescentou que não tinha outra escolha. Independente do motivo, a vontade de viver por mais tempo exige que o paciente cuide da própria saúde e isso inclui o uso correto dos ARV.

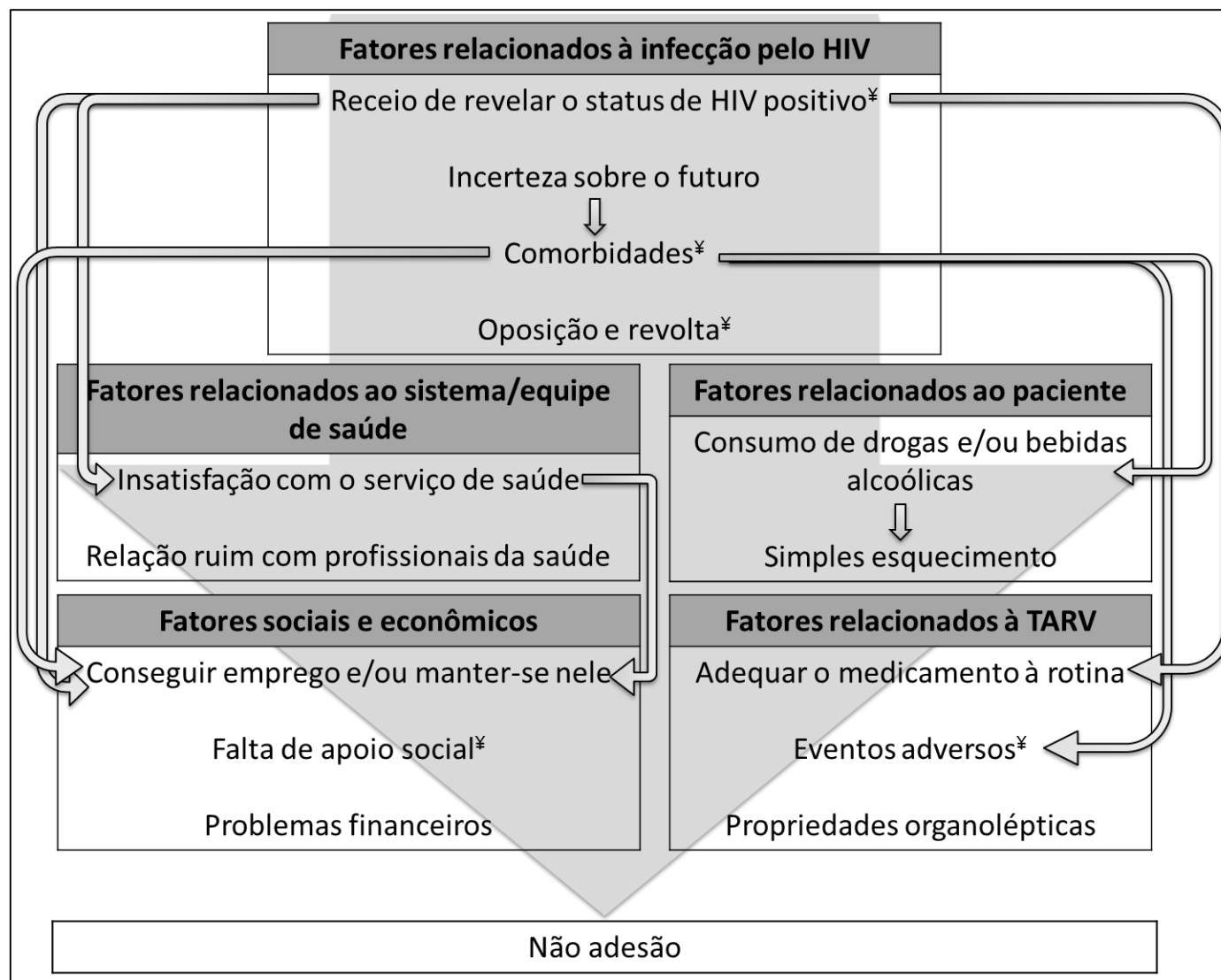
5.2.2 Dificuldades com o tratamento e a não-adesão: proposta de um modelo teórico

A partir dos relatos dos participantes deste estudo, estabeleceu-se uma rede de interações entre os fatores indicativos de dificuldades de categorias distintas que levariam a uma possível não adesão, chegando-se à proposta de um modelo teórico (Figura 2).

Os fatores relacionados à infecção pelo HIV interagem com todas as outras quatro categorias. O receio de revelar o status de HIV positivo, por exemplo, atrapalha na adequação do medicamento à rotina, dificulta a convivência do paciente no emprego e gera insatisfações com o serviço de saúde, uma vez que o indivíduo encontra problemas para tomar o medicamento em qualquer lugar que ele se sinta exposto. Já a incerteza sobre o futuro relaciona-se às comorbidades, uma vez que está associada ao medo, ansiedade e apreensão constantes, e estes podem dar origem a doenças psiquiátricas com manifestações físicas (TESTA et al., 2013). As comorbidades, por sua vez, contribuem para faltas frequentes no trabalho, devido às complicações na saúde do paciente. Além disso, os participantes demonstraram preocupação ao usar medicamentos para tratar das comorbidades por considerar que isso aumentaria as reações adversas. Como mencionado anteriormente, enfermidades psiquiátricas podem levar ao consumo de álcool ou drogas ilícitas (GAREY et al., 2015). Este consumo relaciona-se ao simples esquecimento, uma vez que essas substâncias têm efeito na memória, como exemplificado por um paciente que relatou ter perdido doses do medicamento por estar sob efeito do álcool. Ryan e Wagner (2003) também observaram que o uso de substâncias ilícitas fazia com que o paciente se esquecesse de tomar as doses dos ARV.

Dentre as razões de insatisfação com o serviço de saúde, os pacientes relataram que o agendamento de consultas, exames e retirada de medicamento muitas vezes coincidia com seu horário de trabalho, ocasionando faltas frequentes e contribuindo para a dificuldade em manter-se no emprego. Muitos pacientes sugeriram que a retirada do medicamento fosse feita de dois em dois meses, para não precisar faltar no trabalho todo mês. O agendamento de horários pelo serviço de saúde deveria ser reorganizado de modo a não prejudicar o emprego dos pacientes.

Figura 2 – Modelo teórico da rede de interações dos fatores indicativos de dificuldades com o tratamento e a não adesão



*Fatores influenciados pela presença de estigma

O estigma interage diretamente com a falta de apoio social, o receio de revelar o status, as comorbidades (no caso de transtornos psicológicos) e com a atitude de oposição e revolta em relação ao diagnóstico, que, como se observa na Figura 2, vão influenciar outros fatores que dificultam a adesão. Portelli et al. (2012) corroboram com esse achado, uma vez que, na rede de interações dos fatores que impedem a adesão apresentada por eles, o estigma conectou-se à dificuldade em se conseguir um emprego, aos estresses psicológicos, à falta de apoio social e ao medo de revelar o diagnóstico. Além desses fatores, o estigma também interage com os eventos adversos aparentes, causados pelo uso de antirretrovirais.

Percebe-se que o estigma relacionado ao HIV é muito constante na vida de PVHIV, permeando a maioria dos fatores que afetam a adesão. Apesar do HIV ser uma infecção bem conhecida, muitas pessoas ainda desconhecem as formas de transmissão e outras informações importantes a respeito da infecção e doenças relacionadas e, assim, acabam por estigmatizar PVHIV. Para um dos participantes, “o primeiro grande passo para melhorar tratamento seria o fim do preconceito”. A percepção de redução do estigma por PVHIV, mesmo que pequena, teria um impacto positivo na motivação com o tratamento, como demonstra o relato abaixo:

“A motivação aumentou porque o preconceito diminuiu. A campanha ajuda a diminuir o preconceito. O governo tem trabalhado bem e precisa continuar neste caminho.” (homem, 38 anos, baixa adesão)

A maior parte dos participantes, entretanto, afirma que ainda há muito preconceito por parte da sociedade. Um participante comentou que “pessoas com HIV não são bicho”, indicando que essa é sua percepção da imagem que a sociedade atribui a PVHIV. Esta percepção pode levá-lo à autodepreciação, uma vez que o indivíduo estigmatizado está susceptível a incorporar a imagem de como os outros o vêem (GOFFMAN, 1975). Enquanto não houver informação suficiente para a população por meio de campanhas de sensibilização, programas do governo, grupos de apoio aos pacientes, entre outros, o estigma continuará impactando fortemente a adesão, diretamente, ou por meio do desencadeamento dos outros fatores discutidos nesta dissertação.

5.2.3 Sugestões dos participantes para gestores, profissionais de saúde, comunidade e pacientes vivendo com HIV

Muitos dos relatos dos participantes continham sugestões úteis que foram organizadas segundo os atores sociais a quem elas deveriam ser direcionadas (Quadro 2). A revisão de literatura identificou três principais atores do tratamento, gestores, profissionais da saúde e pacientes (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2010). Nesta dissertação, a partir dos relatos dos participantes, a comunidade foi identificada como mais um ator social envolvido no processo de adesão à TARV.

Quadro 2 – Sugestões direcionadas a atores sociais envolvidos no processo de promoção da adesão ao tratamento antirretroviral

Atores sociais	Sugestões/estratégias
Gestores	“Projeto social voltado para a convivência dos pacientes” “Aumentar número de profissionais de outras especialidades (psiquiatria, cardiologia, etc.)” “Campanhas para sensibilizar a população pelo fim do preconceito” “Campanhas de inclusão social no mercado de trabalho” “Colocar farmácia em ambiente mais reservado, sem expor pacientes que tem AIDS na frente dos outros que não tem”
Profissionais de saúde	“O importante é que o médico tenha postura, mais humanidade para tratar o paciente, que desperte a confiança” “Mais diálogo, esclarecimento, informação”
Comunidade	“Maior apoio familiar” “Reeducação das pessoas. Mudar valores e interior das pessoas que não se respeitam” “Falar para as pessoas que AIDS não pega falando”
Pacientes	“É uma doença como qualquer outra” “Não é o fim do mundo. Os remédios são muito importantes, ainda podemos viver muito e ser feliz” “Colocar o celular para despertar” “Associar ao horário de alguma atividade diária” “Mudança de frasco para disfarçar” “Dizer que é vitamina” “Ir no psicólogo” “Ser mais aberto, falar mais do assunto, não se fechar” “Não faltar às consultas” “Mudar drasticamente hábitos de vida, ser mais saudável” “Conhecer a experiência de outros pacientes”

A organização de centros de convivência para PVHIV foi uma das sugestões mais relatadas, direcionadas para os gestores do SUS. O objetivo dos pacientes é ter um lugar onde se sintam confortáveis para conversar e trocar informações sobre o tratamento, “discutindo essas dificuldades e facilidades de conviver com o remédio”. Um paciente sugeriu que houvesse vagas em empregos específicos destinadas para

peessoas em TARV, provavelmente por querer um ambiente onde as PVHIV possam se expressar e não ser julgadas.

A falta de médicos especialistas, principalmente psiquiatras, também foi relatada com bastante frequência. Resultados da aplicação do Questionário Qualiaids em 2010 mostram que a maior parte dos serviços (37,3%) apresentou tempo de espera para atendimento com psiquiatras superior a 45 dias ou imprevisível (NEMES et al., 2011). A consulta com o psiquiatra pareceu ser um fator facilitador da convivência com o tratamento para alguns pacientes e os serviços deveriam ter maior quantidade desses especialistas para garantir um acompanhamento psiquiátrico constante, devido aos aspectos psicossociais relacionados ao viver com HIV.

Outras sugestões propostas pelos pacientes no âmbito dos serviços de saúde incluíram atendimento domiciliar, programas voltados para eventos adversos, consultas mais frequentes e de maior duração, e reorganizar serviços ambulatoriais e de dispensação de forma que as PVHIV não fiquem expostas.

Para os profissionais de saúde, os participantes solicitaram maior cuidado e humanidade com os pacientes, além de informação mais precisa e clara. Os participantes demonstraram que sabem que é importante tomar o medicamento corretamente, mas ainda falta informação para que eles compreendam o porquê e, assim, possam tomar atitudes. Eles sugeriram, então, a organização de grupos de adesão com palestras sobre os benefícios dos ARV.

Em relação à comunidade como ator social, as pessoas precisam ser informadas do impacto que o preconceito e a discriminação têm na vida de PVHIV para que possam se conscientizar e contribuir para a formulação de políticas públicas que promovam um ambiente melhor, mais acolhedor e de maior interação social.

As sugestões para outros pacientes incluem atitudes para se adaptar ao tratamento e ter uma boa convivência com ele. É importante que os pacientes tenham acesso a essas sugestões e dicas, uma vez que foi um pedido deles mesmos poder aprender com as experiências do outro.

A abordagem adotada neste estudo sugere para uma melhor atuação dos agentes envolvidos no processo de adesão de PVHIV por meio de diálogos e articulações que facilitem colocar em prática algumas das solicitações dos pacientes.

5.3 Análise quantitativa

5.3.1 Resultados

Três participantes foram excluídos das análises por não terem respondido a nenhuma das três perguntas abertas, totalizando 595 participantes.

A maioria dos participantes (62,4%) relatou não-adesão à pelo menos uma dimensão (i.e., tomou o medicamento fora do horário indicado, deixou de tomar algum medicamento ou ingeriu uma quantidade de comprimidos diferente daquela prescrita).

A distribuição dos fatores indicativos de dificuldades com o tratamento por dimensão de não adesão está apresentada na tabela 2. As frequências dos fatores simples esquecimento e consumo de drogas e bebidas alcóolicas aumentaram de acordo com o aumento no número de dimensões de não adesão ($p < 0,01$). Os fatores adequação à rotina e incerteza sobre o futuro foram mais frequentes em participantes com pelo menos uma dimensão de não adesão do que em participantes que se encontravam aderentes ($p < 0,05$). Esses quatro fatores permaneceram no modelo final da regressão ordinal, que apresentou bom ajuste pelo teste de *deviance* ($p = 0,295$).

Pacientes que relataram ter dificuldade de adequar o tratamento à rotina tiveram 1,5 vezes mais chance de ter não-adesão em mais dimensões do que aqueles que não apresentaram essa dificuldade. Pacientes que relataram dificuldade para lembrar de tomar o medicamento apresentaram 2,5 mais chances proporcionais de apresentarem não-adesão em mais dimensões. Aqueles que relataram incerteza em relação ao futuro tiveram uma probabilidade 1,8 vezes maior de ter não-adesão em mais dimensões. Da mesma forma, pacientes que consideraram que o consumo de drogas e bebidas alcóolicas dificultam a convivência com o medicamento tiveram 2,7 vezes mais chance de ter não-adesão em mais dimensões.

Tabela 2 – Fatores indicativos de dificuldades segundo dimensões de não adesão (n=595), Projeto AVANT, 2010.

Dificuldades	Dimensões de não-adesão				Valor p ^a	OR (95%IC) ^b
	0 (n=224)	1 (n=163)	2 (n=141)	3 (n=67)		
Adequação à rotina	34,8%	40,5%	45,4%	44,8%	0,031	1,51 (1,12; 2,04) ^{***}
Falta de apoio social	21,9%	25,2%	24,8%	17,9%	0,997	—
Eventos adversos	20,1%	24,5%	25,5%	22,4%	0,307	—
Insatisfação com o serviço de saúde	18,8%	18,4%	17,0%	16,4%	0,597	—
Receio de revelar o status de HIV positivo	11,6%	13,5%	9,2%	14,9%	0,955	—
Propriedades organolépticas	8,9%	9,8%	9,9%	14,9%	0,297	—
Simples esquecimento	5,4%	9,8%	12,8%	19,4%	0,001	2,50 (1,53; 4,09) ^{**}
Incerteza sobre o futuro	5,4%	13,5%	12,8%	9,0%	0,014	1,78 (1,08; 2,95) [*]
Relação ruim com profissionais de saúde	7,6%	6,7%	5,7%	3,0%	0,178	—
Comorbidades	4,0%	4,9%	3,5%	6,0%	0,762	—
Consumo de drogas e bebidas alcoólicas	1,8%	4,3%	6,4%	9,0%	0,006	2,68 (1,31; 5,50) ^{**}
Problemas financeiros	3,6%	4,9%	3,5%	4,5%	0,823	—
Oposição e revolta	2,2%	1,8%	1,4%	3,0%	0,926	—
Conseguir emprego e/ou manter-se nele	1,8%	0,6%	2,8%	1,5%	0,758	—

^aAnálise univariada usando teste não-paramétrico (tau-b de Kendall); ^bModelo Final da Regressão Ordinal.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

5.3.2 Discussão

A frequência de não-adesão em pelo menos uma dimensão encontrada no presente estudo foi alta (62,4%) se comparada com a taxa síntese de não adesão de estudos brasileiros publicados de 2004 a 2009 (34,4%) (ROCHA et al., 2010), embora a variedade de métodos utilizados para aferir a adesão dificultem a comparação entre estudos. Ainda que o autorrelato seja considerado um método subjetivo de aferir a adesão, raramente os pacientes dizem que não são aderentes se isso não for verdade (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

Dois fatores relacionados ao paciente (uso de drogas/álcool e simples esquecimento), um fator relacionados à TARV (adequação do medicamento à rotina) e um fator relacionado à infecção pelo HIV (incerteza sobre o futuro) estiveram associados à não-adesão em mais de uma dimensão (tomar em horário errado, esquecer de tomar ou tomar dose errada). Os participantes que enxergaram o uso dessas substâncias como uma dificuldade para a convivência com o tratamento antirretroviral provavelmente vivenciaram situações de conflito entre usar o medicamento ou a substância e, conseqüentemente, tiveram maior probabilidade de falhas na adesão. Em estudo conduzido no Brasil (n=144), o uso de álcool e substâncias ilícitas prejudicou a adesão ao tratamento antirretroviral e o controle da carga viral (TEIXEIRA et al., 2013). Iniciativas que promovam o apoio social podem ajudar a melhorar as taxas de adesão e os resultados do tratamento para pacientes em uso de álcool e drogas ilícitas, uma vez que o apoio de familiares e amigos é um possível fator de proteção para a não-adesão nessa população (TEIXEIRA et al., 2013).

Ao analisar as barreiras à adesão, Ferguson et al. (2002) também encontraram que dificuldades como muita quantidade de comprimidos, adequação das doses à rotina e falhas na memória estavam associadas à não adesão, sendo que a memória foi o fator com maior chance de não adesão. O desenvolvimento de estratégias que deixem os esquemas mais simples e mais fáceis de lidar deve ser estimulado.

A incerteza sobre o futuro caracteriza-se por sentimentos como falta de esperança, apatia e autonegligência, que estão relacionados à vivência de ansiedade (PENZAK; REDDY; GRIMSLEY, 2000), medo e apreensão constantes. A ansiedade, por sua vez, é um dos marcadores mais importantes de não-adesão ao tratamento

antirretroviral (MOLASSIOTIS et al., 2002). Servellen et al. (2002) observaram que pacientes com muitas angústias e níveis mais altos de ansiedade eram mais propensos a relatar níveis mais elevados de não adesão ao tratamento.

O contexto de estigma esteve presente no relato de 187 (31,4%) participantes, mas nenhum fator influenciado pela presença de estigma (vide Figura 2) mostrou-se associado à não adesão. Outros estudos também não encontraram associação entre não-adesão e fatores como falta de apoio da família ou comunidade e receio de revelar o diagnóstico (FERGUSON et al., 2002; KELLY et al., 2010). Essa ausência de associação sugere que o estigma impacte de forma semelhante PVHIV com perfis de adesão diferentes. Estudos qualitativos observaram que mesmo os pacientes com ótima adesão ao tratamento encontraram dificuldades relacionadas ao estigma (ALFONSO et al, 2006; VAN DIK, 2011). Entre estudos quantitativos houve divergência em relação ao impacto direto do estigma na adesão, sendo que alguns encontraram resultados positivos (i.e., o estigma esteve associado à baixa adesão) enquanto outros encontraram ausência de associação (KATZ et al, 2013).

A análise não levou em consideração as complexidades envolvidas nos fatores que influenciam a adesão, uma vez que esta é o resultado da combinação de dificuldades e facilidades para um indivíduo. Sugere-se a condução de análises mais complexas, associando a combinação de dificuldades e facilidades com a adesão e considerando o número de razões dadas pelos pacientes, para uma compreensão mais completa dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral.

5.4 Discussão final

Dentre os 595 participantes incluídos nas análises, 211 (35,5%) relataram não ter nenhuma dificuldade com o tratamento ao serem interrogados sobre três razões que dificultam o uso de ARV. Entretanto, na análise qualitativa de suas respostas às outras perguntas, 59,2% destes participantes relataram experiências que dificultam o tratamento de alguma maneira, com destaque para problemas relacionados ao estigma ou ao serviço de saúde. Sem a análise qualitativa essas experiências não seriam encontradas e os participantes seriam classificados como não tendo dificuldades, o que não retrata adequadamente a realidade. Mais uma vez, destaca-

se a importância de estudos qualitativos para basear e complementar estudos quantitativos.

Apesar de os fatores relacionados ao paciente e à TARV terem mostrado maior influência na não-adesão, todos os outros fatores estudados também fazem parte do processo de convivência do paciente com o tratamento e não podem ser desconsiderados. Além disso, observou-se que os fatores relacionam-se uns aos outros em uma intrincada rede de interações, o que indica que atuar em somente um fator não será tão eficiente quanto identificar os fatores-chave para a intervenção.

Neste estudo foi utilizada uma amostra que representa serviços públicos de saúde do Brasil, de diferentes níveis de qualidade do atendimento ambulatorial. As razões de dificuldade e facilidade descritas, portanto, têm grandes chances de representar aquelas encontradas por PVHIV em todo o Brasil. Como se trata de um estudo predominantemente quantitativo, houve uma limitação da análise qualitativa, uma vez que as perguntas da entrevista foram direcionadas, não dando margem para o paciente se expressar mais abertamente. Além disso, a análise qualitativa gerou muitas outras hipóteses que não foram testadas quantitativamente nesta dissertação como, por exemplo, associação entre ansiedade e fatores relacionados à infecção pelo HIV, ou associação entre qualidade do serviço de saúde e fatores relacionados ao sistema/equipe de saúde. No entanto, esta dissertação abordou fatores importantes que podem servir de base para a implementação de práticas de promoção da adesão ao tratamento antirretroviral nos serviços de referência para AIDS.

Neste trabalho foram identificados quatro atores envolvidos no processo de adesão de PVHIV: gestores, profissionais de saúde, comunidade e pacientes. Ressalta-se a importância de: (i) criação de grupos de convivência para PVHIV; (ii) maior divulgação sobre os benefícios dos ARV; (iii) aumentar o número de profissionais de saúde responsáveis pelo aconselhamento em questões comportamentais e psicológicas; (iv) mais campanhas contra o fim do preconceito; e (v) pesquisas em estratégias de simplificação de regimes terapêuticos. Por fim, deve-se sempre levar em consideração a opinião dos pacientes, uma vez que eles demonstraram querer ser ouvidos, como exemplifica uma participante deste estudo: “Gostaria de participar de congresso sobre HIV ou programa de televisão, para expor nossa opinião”.

6 CONCLUSÃO

A percepção de dificuldades com o tratamento antirretroviral mostrou-se associada à não-adesão. Profissionais de saúde que atendem PVHIV devem estar atentos aos fatores relatados pelos pacientes como sendo barreiras ou motivadores ao tratamento e, para uma abordagem mais resolutiva, devem utilizar-se das facilidades como estratégias para superar as dificuldades, visando uma melhoria da adesão à TARV. As sugestões dos pacientes devem ser ouvidas numa perspectiva de responder às suas expectativas e, assim, melhorar a convivência com o tratamento além de contribuir para incrementar a qualidade da atenção às PVHIV. Aliado a isso, é imprescindível reduzir o estigma no Brasil, por meio de campanhas de sensibilização da população para a existência e necessidade urgente de enfrentamento do problema, visto que o estigma é um fator-chave no desencadeamento de diversas barreiras ao uso correto do medicamento.

REFERÊNCIAS

- ABEL, E.; PAINTER, L. Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 14, n. 4, p. 61-9, 2003.
- ABREU, M.N.S.; SIQUEIRA, A.L.; CAIAFFA, W.T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.1, p.183-94, 2009.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M.D.C.Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p.73-84, 1999.
- ADAM, B. D.; MATICKA-TYNDALE, E.; COHEN, J. J. Adherence practices among people living with HIV. **AIDS Care**, v. 15, n. 2, p. 263-74, 2003.
- ADAMIAN, M. S. et al. Brief motivational interviewing to improve adherence to antiretroviral therapy: development and qualitative pilot assessment of an intervention. **AIDS Patient Care STDS**, v. 18, n. 4, p. 229-38, 2004.
- ALFONSO, V. et al. Becoming a "treatment success": what helps and what hinders patients from achieving and sustaining undetectable viral loads. **AIDS Patient Care STDS**, v. 20, n. 5, p. 326-334, 2006.
- ALVES, M. R. **The medication experience of people living with HIV**: From the understanding of the meanings of medication to the development of a conceptual framework of medication experience. 2012. (Doctor of Philosophy). Graduate School, University of Minnesota, Minnesota.
- AMICO, K.R. et al. Reasons for ART non-adherence in the Deep South: Adherence needs of a sample of HIV-positive patients in Mississippi. **AIDS Care**, v.19, n.10, p.1210-1218, 2007.
- AMMASSARI, A. et al. Beyond virological suppression: the role of adherence in the late HAART era. **Antivir Ther**, v. 17, n. 5, p. 785-92, 2012.
- BADAHDAH, A. M.; PEDERSEN, D. E. "I want to stand on my own legs": A qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV-positive women in Egypt. **AIDS Care**, v. 23, n. 6, p. 700-704, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.
- BAUMEISTER, R. F. et al. Bad is stronger than good. **Rev Gen Psychol**, v. 5, n.4, p.323-370, 2001.
- BAUTISTA-ARREDONDO, S. et al. Optimizing HIV treatment programs. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 5, n. 3, p. 232-6, 2010.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2002. 248p.

BEUSTERIEN, K. M. et al. HIV patient insight on adhering to medication: a qualitative analysis. **AIDS Care**, v. 20, n. 2, p. 244-252, 2008.

BEYENE, K. A. et al. Highly active antiretroviral therapy adherence and its determinants in selected hospitals from south and central Ethiopia. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 18, n. 11, p. 1007-1015, 2009.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso** (2ª ed.). Campinas: Editora da UNICAMP, 2004. 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>>. Acesso em: 2 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_hiv_web_pdf_41452.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**: 2008. 7ª Ed. Brasília, 2008.

_____. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids. Brasília, 1996.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 – 2002. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 2, p. 86-92, 2006.

CAPELLE, M. C. A; MELO, M. C. O. L; GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais e Agroindustriais**, v.5, n.1, p. 69-85, 2003.

CARACIOLO, J. M. M.; SHIMMA, E. Aspectos Gerais. In: CARACIOLO, J. M. M. e SHIMMA, E. (Ed.). **Adesão - da teoria à prática**: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.p.10-26.

CARVALHO, C. V.; MERCHAN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinants of antiretroviral treatment adherence in Brasília, Federal District: a case-control study. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 40, n. 5, p. 555-565, 2007.

CASTANHA, A. R., et al. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **PSICO**, v. 37, n. 1, p. 47-56, 2006.

CECCATO, M. D. G. B. et al. Compreensão da terapia anti-retroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 7, p. 1689-1698, 2008.

CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. **Clin Infect Dis**, v. 30, p. S171–S176, 2000.

CRANE, J. T. et al. The price of adherence: qualitative findings from HIV positive individuals purchasing fixed-dose combination generic HIV antiretroviral therapy in Kampala, Uganda. **AIDS Behav**, v. 10, n. 4, p. 437-442, 2006.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research** (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SagePublications, 2011. 457p.

CURIOSO, W. H. et al. Understanding the facilitators and barriers of antiretroviral adherence in Peru: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 13-13, 2010.

DAHAB, M. et al. "That is why I stopped the ART": patients' & providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. **BMC Public Health**, v. 8, p. 63-63, 2008.

ELLIOTT, J. et al. Social meanings of adherence to antiretroviral therapy in Cambodia. **Cult Health Sex**, v. 13, n. 6, p. 685-697, 2011.

ERLEN, J. A.; MELLORS, M. P. Adherence to combination therapy in persons living with HIV: balancing the hardships and the blessings. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 10, n. 4, p. 75-84, 1999.

FERGUSON T. F. et al. Patient-perceived barriers to antiretroviral adherence: associations with race. **AIDS Care**, v.14, n.5, p.607–617, 2002.

FERRAZ, A. F. Refletindo sobre o ser portador do HIV ou doente com AIDS e o relacionamento interpessoal. In: SILVA, R. G. (Ed.). **Ação e vida: respostas à epidemia de HIV/AIDS em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996. p.179-208.

FERREIRA, C. V. D. L. **AIDS e exclusão social: Um estudo clínico com pacientes HIV**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FLOROM-SMITH, A. L.; SANTIS, J. P. Exploring the concept of HIV-related stigma. **Nurs Forum**, v. 47, n. 3, p. 153-65, 2012.

GAREY, L. et al. Anxiety, depression, and HIV symptoms among persons living with HIV/AIDS: the role of hazardous drinking. **Aids Care**, v. 27, n.1, p80-85, 2015.

GARRIDO, P. B. et al. AIDS, stigma e desemprego: implicações para os services de saúde. **Rev Saude Publica**, v. 41 Suppl2, p. 72-9, 2007.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Bookman/Artmed, 2009. 198p.

GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev LatAm Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 634-641, 2005.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing, 1967. 271p.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 158p.

GOLIN, C. et al. Secret pills: HIV-positive patients' experiences taking antiretroviral therapy in North Carolina. **AIDS Educ Prev**, v. 14, n. 4, p. 318-329, 2002.

GOUDGE, J.; NGOMA, B. Exploring antiretroviral treatment adherence in an urban setting in South Africa. **J Public Health Policy**, v. 32 Suppl1, p. S52-S64, 2011.

GRAY, J. Becoming adherent: experiences of persons living with HIV/AIDS. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 17, n. 3, p. 47-54, 2006.

GRIERSON, J. et al. Adherence to antiretroviral therapy: factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. **HIV Med**, v. 12, n. 9, p. 562-569, 2011.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 63, n. 2, p. 165-172, 2008.

GUSDAL, A. K. et al. Voices on adherence to ART in Ethiopia and Uganda: a matter of choice or simply not an option? **AIDS Care**, v. 21, n. 11, p. 1381-1387, 2009.

HILL, Z.; KENDALL, C.; FERNANDEZ, M. Patterns of adherence to antiretrovirals: why adherence has no simple measure. **AIDS Patient Care STDS**, v. 17, n. 10, p. 519-25, 2003.

HORNE, R. et al. Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. **Int J STD AIDS**, v. 15, n. 1, p. 38-44, 2004.

JODELET, D. **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.

JOHNSON, R.B.; ONWUEGBUZIE, A.J.; TURNER, L.A. Toward a definition of mixed methods research. **J Mix Methods Res**, v.1, n.2, p.112-133, 2007.

KAHARUZA, F. M. et al. Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. **AIDS Behav**, v. 10, n. 4 Suppl, p. S105-11, Jul 2006.

KATZ, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **J Int AIDS Soc**, v. 16, n. 3 Suppl 2, p. 18640-18640, 2013.

KELLY A. et al. Barriers and facilitators for adherence to antiretroviral therapy in Papua New Guinea. **Curr HIV Res**, v. 8, p. 630–637, 2010.

KEMPPAINEN, J. K. et al. HAART adherence in culturally diverse patients with HIV/AIDS: a study of male patients from a Veteran's Administration Hospital in northern California. **AIDS Patient Care STDS**, v. 15, n. 3, p. 117-127, 2001.

KONKLE-PARKER, D. J.; ERLIN, J. A.; DUBBERT, P. M. Barriers and facilitators to medication adherence in a southern minority population with HIV disease. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 19, n. 2, p. 98-104, 2008.

KUMARASAMY, N. et al. Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: a qualitative study. **AIDS Patient Care STDS**, v. 19, n. 8, p. 526-537, 2005.

LAWS, M. B. et al. Taking antiretroviral therapy for HIV infection: learning from patients' stories. **J Gen Intern Med**, v. 15, n. 12, p. 848-858, 2000.

LEWIS, M. P. et al. A qualitative study of persons who are 100% adherent to antiretroviral therapy. **AIDS Care**, v. 18, n. 2, p. 140-148, 2006.

LICHTENSTEIN, B.; LASKA, M. K.; CLAIR, J. M. Chronic sorrow in the HIV-positive patient: issues of race, gender, and social support. **AIDS Patient Care STDS**, v. 16, n. 1, p. 27-38, 2002.

LOPES, R. L. M. et al. Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. **Rev Enferm**, v. 3, n. 1, p. 49-52, 1995.

LYIMO, R. A. et al. Determinants of antiretroviral therapy adherence in northern Tanzania: a comprehensive picture from the patient perspective. **BMC Public Health**, v. 12, p. 716, 2012.

MACHADO, I.L. **Polissemia do termo 'discurso'**. Belo Horizonte, 2013. Handout elaborado pela Professora Ida Lúcia Machado para o curso Fundamentos de Linguística do Texto e do Discurso II: Teorias do Discurso, POSLIN – FALE/UFMG, em abr. 2013.

MALCOLM, S. E. et al. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. **AIDS Care**, v. 15, n. 2, p. 251-61, 2003.

MALTA, M. et al. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 5, p. 1424-1432, 2005.

MANOR, O; MATTHEWS, S; POWER, C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. **Int J Epidemiol**, v.29, n.1, p.149-157, 2000.

MAY, M. et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. **BMJ**, v. 343, p. d6016, 2011.

MBONYE, M. et al. Adherence to antiretroviral therapy in Jinja, Uganda: a six-year follow-up study. **PLoS One**, v. 8, n. 10, p. e78243-e78243, 2013.

MCKINNON, J. E.; MELLORS, J. W.; SWINDELLS, S. Simplification strategies to reduce antiretroviral drug exposure: progress and prospects. **Antivir Ther**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2009.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 41 Suppl 2, p. 87-93, 2007.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.1, p. 143-151, 2006.

MEYSTRE-AGUSTONI, G. et al. Antiretroviral therapies from the patient's perspective. **AIDS Care**, v. 12, n. 6, p. 717-721, 2000.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publ,1994. 338 p.

MILLS, E. J. et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. **PLoS Med**, v. 3, n. 11, p. e438, 2006.

MONTANER, J. S. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Top Antivir Med**, v. 21, n. 3, p. 110-4, 2013.

MOLASSIOTIS, A. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. **Int J STD AIDS**, v.13, p.301-310, 2002.

MURPHY, D. A. et al. Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV-infected monolingual Spanish-speaking patients. **AIDS Care**, v. 15, n. 2, p. 217-230, 2003.

MURPHY, D.A. et. al. Barriers to antiretroviral adherence among HIV-infected adults. **AIDS Patient Care STDS**, v. 14, n. 1, p. 47-58, 2000.

MURRAY, L. K. et al. Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women: a qualitative study. **AIDS Care**, v. 21, n. 1, p. 78-86, 2009.

NEMES, M.I.B. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil**. QUALIAIDS, Relatório 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

NEMES, M. I. B. et al. **Adesão ao Tratamento Antirretroviral do HIV/aids em Pessoas em Acompanhamento nos Serviços Públicos de Saúde no Brasil**. Projeto de Pesquisa. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS, 2009a.

NEMES, M.I.B. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.2, p. 207-212, 2009b.

NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T. M. D. **Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids**. QUALIAIDS, Relatório 2007/ 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

NEMES, M.I.B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.20, Sup 2, p.S310-S321, 2004.

NGUYEN, V. K. et al. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. **AIDS**, v. 25, n. 3, p. 291-293, 2011.

NYANZI-WAKHOLI, B. et al. The role of HIV testing, counselling, and treatment in coping with HIV/AIDS in Uganda: a qualitative analysis. **AIDS Care**, v. 21, n. 7, p. 903-908, 2009.

O'CONNOR, J. L. et al. Factors associated with adherence amongst 5295 people receiving antiretroviral therapy as part of an international trial. **J Infect Dis**, v. 208, n. 1, p. 40-49, 2013.

OLIVER, R. L. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. **J Mark Res**, v. 17, n. 4, p. 460-469, 1980.

OLIVEIRA, D.R. et al. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **J Am Pharm Assoc**, v. 52, n.1, p. 71-80, 2012.

PATEL, S. et al. Perceptions regarding barriers and facilitators to combination antiretroviral therapy adherence among people living with HIV/AIDS in Gujarat, India: A qualitative study. **Indian J Sex Transm Dis**, v. 33, n. 2, p. 107-111, 2012.

PENN, C.; WATERMEYER, J.; EVANS, M. Why don't patients take their drugs? The role of communication, context and culture in patient adherence and the work of the pharmacist in HIV/AIDS. **Patient Educ Couns**, v. 83, n. 3, p. 310-318, 2011.

PENZAK, S.R., REDDY, Y.S., & GRIMSLEY, S.R. Depression in patients with HIV infection. **Am J Health Syst Pharm**, v.57, p.376-86, 2000.

PINHEIRO, C. A. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. **Braz J Med Biol Res**, v. 35, n. 10, p. 1173-81, 2002.

PORTELLI, M. S. et al. 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**, v. x, n. xx, p. 1-11, 2012.

PROCTOR, V. E.; TESFA, A.; TOMPKINS, D. C. Barriers to adherence to highly active antiretroviral therapy as expressed by people living with HIV/AIDS. **AIDS Patient Care STDS**, v. 13, n. 9, p. 535-44, 1999.

REMIEN, R. H. et al. Adherence to medication treatment: a qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four US cities. **AIDS Behav**, v. 7, n. 1, p. 61-72, 2003.

ROBERTS, K. J. Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to antiretroviral treatment regimens. **AIDS Patient Care STDS**, v. 14, n. 3, p. 155-168, 2000.

ROBERTS, K. J.; MANN, T. Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. **AIDS Care**, v. 12, n. 4, p. 377-386, 2000.

ROCHA, G. M. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: Uma revisão sistemática, 2004-2009. In: Guimaraes MDC; Acurcio FA; Machado CJ; Possas CA. (Org.). **Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de estudos do Projeto ATAR** (1ed.). Brasília: Editora MS, 2010, v. 1, p. 17-32.

ROURA, M. et al. Barriers to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow-up study to understand attrition from the antiretroviral program. **AIDS Patient Care STDS**, v. 23, n. 3, p. 203-210, 2009.

RUSSELL, C. K. et al. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/AIDS: a taxonomic exploration. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 14, n. 4, p. 46-60, 2003.

RUUD, K. W.; SRINIVAS, S. C.; TOVERUD, E. L. Healthcare providers' experiences with adverse drug reactions and adherence challenges in antiretroviral therapy of HIV patients in the Eastern Cape Province, South Africa. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 68, n. 9, p. 1321-8, 2012.

RYAN, G. W.; WAGNER, G. J. Pill taking 'routinization': a critical factor to understanding episodic medication adherence. **AIDS Care**, v. 15, n. 6, p. 795-806, 2003.

SANJOBO, N.; FRICH, J. C.; FRETHEIM, A. Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study. **SAHARA J**, v. 5, n. 3, p. 136-143, 2008.

SANTOS, W. J. et al. Barriers and facilitators aspects of adherence to antiretroviral therapy in Belo Horizonte-MG. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1028-1037, 2011.

SERVELEN, G. et al. Differential predictors of emotional distress in HIV-infected men and women. **West J Nurs Res**, v.24, p.49-72, 2002.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. W.; RAVEIS, V. H. Accounts for non-adherence to antiviral combination therapies among older HIV-infected adults. **Psychology, Health & Medicine**, v. 5, n. 1, p. 29-42, 2000.

SIEGEL, S. Nonparametric Statistics. **The American Statistician**, v.11, n.3, p.13-19, 1957.

SILVA, A. L. C. N.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 213-220, 2009.

SRNKA, K.J.; KOESZEGI, S. T. From words to numbers: how to transform qualitative data into meaningful quantitative results. **SBR**, v.59, p.29-57, 2007.

STEVENS, P. E.; HILDEBRANDT, E. Pill taking from the perspective of HIV-Infected women who are vulnerable to antiretroviral treatment failure. **Qual Health Res**, v. 19, n. 5, p. 593-604, 2009.

TANG, H. L. et al. Analysis on late diagnosis reasons of newly diagnosed HIV/AIDS patients. **Chinese Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 11, p. 1004-8, 2012.

TESTA, A. et al. Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. **Eur Ver Med Pharmacol Sci**, v. 17, n. 1, p.55-64, 2013.

TEIXEIRA et al. Impact of Use of Alcohol and Illicit Drugs by AIDS Patients on Adherence to Antiretroviral Therapy in Bahia, Brazil. **AIDS Res Hum Retroviruses**, v. 29, n. 5, p. 799-804, 2013.

THOMPSON, M. A. et al. Guidelines for improving entry into and retention in care and antiretroviral adherence for persons with HIV: evidence-based recommendations from an International Association of Physicians in AIDS Care panel. **Ann Intern Med**, v. 156, n. 11, p. 817-33, W-284, W-285, W-286, W-287, W-288, W-289, W-290, W-291, W-292, W-293, W-294, 2012.

TULLER, D. M. et al. Transportation costs impede sustained adherence and access to HAART in a clinic population in southwestern Uganda: a qualitative study. **AIDS Behav**, v. 14, n. 4, p. 778-784, 2010.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Geneva: UNAIDS, 2013.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/aids. **Outlook Report: 30 years into the AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2011.

VALE, F.C. **Avaliação do questionário WebAd-Q como ferramenta de monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral nos serviços do SUS.** 2014. 100f. Dissertação (Mestrado em Medicina). Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

VAN DYK, A. C. Differences between patients who do and do not adhere to antiretroviral therapy. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 22, n. 4, p. 269-282, 2011.

VAN TAM, V. et al. "It is not that I forget, it's just that I don't want other people to know": barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. **AIDS Care**, v. 23, n. 2, p. 139-145, 2011.

VERVOORT, S. C. et al. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. **AIDS**, v. 21, n. 3, p. 271-81, 2007.

WALSH, J. C. et al. Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. **AIDS Care**, v. 13, n. 6, p. 709-720, 2001.

WARE, N. C. et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. **PLoS Med**, v. 6, n. 1, p. e11-e11, 2009.

WASTI, S. P. et al. Barriers to and facilitators of antiretroviral therapy adherence in Nepal: a qualitative study. **J Health Popul Nutr**, v. 30, n. 4, p. 410-9, 2012.

WATT, M. H. et al. "It's all the time in my mind": facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. **Soc Sci Med**, v. 68, n. 10, p. 1793-1800, 2009.

WEISER, S. et al. Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 34, n. 3, p. 281-288, 2003.

WESTERFELT, A. A qualitative investigation of adherence issues for men who are HIV positive. **Soc Work**, v. 49, n. 2, p. 231-239, 2004.

WITTEVEEN, E.; VAN AMEIJDEN, E. J. C. Drug users and HIV-combination therapy (HAART): factors which impede or facilitate adherence. **Subst Use Misuse**, v. 37, n. 14, p. 1905-1925, 2002.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action.** Geneva: World Health Organization, 2003.

WILSON, H. S.; HUTCHINSON, S. A.; HOLZEMER, W. L. Reconciling incompatibilities: a grounded theory of HIV medication adherence and symptom management. **Qual Health Res**, v. 12, n. 10, p. 1309-22, 2002.

WRIGHT, J. Only your calamity: the beginnings of activism by and for people with AIDS. **Am J Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1788-98, 2013

APÊNDICE

Artigos selecionados na revisão de literatura, de acordo com autor, ano de publicação e país onde foram conduzidos

Autor	Ano	País	Autor	Ano	País
Abel	2003	EUA	Murphy	2000	EUA
Adam	2003	Canadá	Murphy	2003	EUA
Adamian	2004	EUA	Murray	2009	Zâmbia
Alfonso	2006	Canadá	Nyanzi-Wakholi	2009	Uganda
Badahdah	2011	Egito	Patel	2012	Índia
Beusterien	2008	EUA	Penn	2011	África do Sul
Beyene	2009	Etiópia	Portelli	2012	Laos
Crane	2006	Uganda	Proctor	1999	EUA
Curioso	2010	Peru	Remien	2003	EUA
Dahab	2008	Inglaterra	Roberts & Mann	2000	EUA
Elliott	2011	Camboja	Roberts	2000	EUA
Erlen	1999	EUA	Roura	2009	Tanzânia
Golin	2002	EUA	Russel	2003	EUA
Goudge	2011	África do Sul	Ryan	2003	EUA
Gray	2006	EUA	Sanjobo	2008	Zâmbia
Gusdal	2009	Etiópia/Uganda	Siegel	2000	EUA
Hill	2003	EUA	Santos	2011	Brasil
Kemppainen	2001	EUA	Silva	2009	Brasil
Klitzman	2004	EUA	Stevens	2009	EUA
Konkle-Parker	2008	EUA	Tuller	2010	Uganda
Kumarasamy	2005	Índia	Van Dyk	2011	África do Sul
Laws	2000	EUA	Van Tam	2011	Vietnam
Lewis	2006	EUA	Ware	2009	África subsaariana
Lyimo	2012	Tanzânia	Wasti	2012	Nepal
Malcolm	2003	EUA	Watt	2009	Tanzânia
Mbonye	2013	Uganda	Weiser	2003	Botsuana
Melchior	2007	Brasil	Westerfelt	2004	EUA
Meystre-Augustoni	2000	Suíça	Wilson	2002	EUA

ANEXO A

Comprovante de submissão de artigo

05/12/13

ScholarOne Manuscripts



Interface - Comunicação,
Saúde, Educação

[Edit Account](#) | [Instructions & Forms](#) | [Log Out](#) | [Get Help Now](#)

SCHOLARONE™
Manuscripts

[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as Celine Almeida

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Manuscript ID: ICSE-2013-0987

Title: Percepções de pessoas vivendo com HIV/VIH em relação às dificuldades e facilidades no uso de medicamentos antirretrovirais no Brasil

Almeida, Celine
Ceccato, Maria das Graças
Authors: Nemes, Maria Ines
Guimarães, Mark Drew
Acurcio, Francisco

Date Submitted: 05-Dec-2013

Print Return to Dashboard

ScholarOne Manuscripts™ v4.13 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2013. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

ANEXO B

Aprovação do Projeto AVANT no comitê de ética



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 04/11/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1140/09**, intitulada: **"ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL DO HIV/AIDS EM PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE"** apresentada pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – Questionário Pictórico e Entrevistas.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra 'c').

Pesquisador (a) Responsável: **MARIA INES BATISTELLA NEMES**

CAPPesq, 05 de Novembro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa