

PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA ATIVIDADE

Perception of users on host adherence in high activity antiretroviral therapy

Maria Sandra Andrade¹, Alessandra Freire Silva², Ana Kelley Medeiros³, Patrícia Wildysleya Nascimento⁴

RESUMO

O sucesso da terapia antirretroviral depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento. O presente artigo tem por objetivo avaliar a percepção dos usuários da terapia antirretroviral de alta atividade com relação ao acolhimento propiciado pelos profissionais de saúde, procurando verificar as dificuldades na adesão entre pacientes com histórico de abandono da mesma. A metodologia utilizada é o estudo qualitativo em uma amostra de treze indivíduos. Os dados foram analisados a partir dos discursos coletados por meio de entrevistas, utilizando-se a análise de conteúdo. Os resultados indicam que os fatores contribuintes para a interrupção do tratamento foram a ausência de estrutura para o atendimento em saúde, voltada para a adesão e o acolhimento dos pacientes, deficiências de apoio social aos pacientes e familiares, atitudes de preconceito relacionadas à doença, intolerância gastrointestinal e condições socioeconômicas. A conclusão a que se chega é a de que a organização da assistência e o atendimento acolhedor podem contribuir para a melhoria da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com Aids.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Terapia Anti-retroviral de Alta Atividade; Adesão à Medicação.

INTRODUÇÃO

Na década de 80, surgiu uma nova epidemia que veio a ser considerada a maior do século XX. Era a síndrome da imunodeficiência adquirida, ou Aids, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), considerado o patógeno

ABSTRACT

The success of antiretroviral therapy depends on maintaining high rates of adherence to treatment. This article aims to assess the perception of users in high activity antiretroviral therapy in relation to the partnership afforded by health professionals, seeking to ascertain the difficulties in adherence among patients with a history of abandoning it. The methodology used is the qualitative study on a random sample of thirteen individuals. Data were analyzed from the discourse collected through interviews, using content analysis. The results indicate that the factors contributing to discontinuing treatment were the lack of healthcare infrastructure focused on adherence and care for patients, deficiencies in social support to patients and family members, prejudiced attitudes toward the disease, gastrointestinal intolerance, and socioeconomic conditions. The conclusion obtained is that the organization of care and service in partnership with the patient can help improve adherence to treatment for people living with AIDS.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Antiretroviral Therapy; Highly Active; Medication Adherence.

infeccioso emergente mais relevante desse século.¹

Os esforços empreendidos em todo o mundo possibilitaram a conquista de grandes avanços no combate à doença, entre esses, o surgimento da terapia antirretroviral de alta atividade (HAART)², que possibilitou um impacto relevante nos índices de morbidade e mortalidade e na qualidade de

¹ Maria Sandra Andrade, Doutora em Ciências. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco. E-mail: capsandra@uol.com.br

² Alessandra Freire Silva, acadêmica do 9º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco

³ Ana Kelley Medeiros, Acadêmica do 9º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco

⁴ Patrícia Wildysleya Nascimento, Acadêmica do 9º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco

vida das pessoas que vivem com AIDS.³⁻⁵ As dificuldades vivenciadas na utilização das medicações, no entanto, fragilizam essa conquista e tornam a adesão ao tratamento um fator crucial para a sustentação do sucesso da terapia.⁶

Constata-se que, ao lado da disponibilidade dos recursos terapêuticos e do otimismo quanto ao prognóstico da Aids, alguns pacientes não têm usufruído das vantagens do tratamento devido às falhas na adesão ao mesmo. Os efeitos máximos desejados do tratamento antirretroviral são obtidos quando se alcança, no mínimo, 95% de adesão às doses prescritas.^{7,8} Entre os pacientes com 80% a 90% de adesão, apenas a metade obtém redução satisfatória da carga viral.⁷

Os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento estão relacionados às características dos pacientes, do tratamento, da doença e da estruturação dos serviços de saúde, nos quais destaca-se o acolhimento como fator importante na adesão ao tratamento. Esse acolhimento deve envolver equipes multidisciplinares treinadas para desenvolver uma escuta ativa para identificar as dificuldades dos pacientes e auxiliá-los a partir das suas habilidades no processo de adesão.⁹

A adesão ao tratamento é um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos, sociais, entre outros. Demandam decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre os usuários do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio.¹⁰ A abordagem aos usuários deve observar as singularidades socioculturais e subjetivas, não esquecendo que cada indivíduo tem sua forma própria de reconhecer a sua doença e que as intervenções precisam ser contextualizadas e individualizadas.¹¹

Entre as estratégias reconhecidas para melhoria da adesão, o acolhimento vem sendo apontado como prática fundamental, que pode funcionar como suporte que auxilia o indivíduo a ultrapassar as dificuldades, possibilitando a introdução do esquema medicamentoso na rotina diária, de modo mais pessoal e com o menor ônus possível. A grande riqueza dessa prática é propiciar um ambiente em que seja possível dividir angústias e medos, criar oportunidades para o esclarecimento das dúvidas sobre a doença e reforçar o vínculo com o serviço.¹²

Este estudo pretende avaliar a percepção dos usuários da HAART com relação ao acolhimento propiciado pelos profissionais de saúde que o atendem, procurando verificar as dificuldades na adesão ao tratamento entre pacientes com histórico de abandono do mesmo.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a melhoria do atendimento a cidadãos portadores do HIV/Aids, por meio da reflexão dos profissionais de saúde sobre

suas competências individuais, atribuições e possibilidades em cuidar e relacionar-se com esses pacientes, permitindo, assim, um atendimento contextualizado e individualizado e consequente impacto no aumento ou manutenção de taxas ideais de adesão à HAART para pessoas que vivem com Aids.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa. Esta metodologia foi escolhida como mais adequada, pois há interação com a realidade analisada e a busca de informações mais profundas dos processos estudados, questões particulares, sentimentos, crenças e atitudes.¹³

O local de estudo foi o serviço ambulatorial e de internamento em doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, referência no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids, no estado de Pernambuco.

A amostra do estudo foi de conveniência. Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos com Aids, maiores de 18 anos que, tendo indicação para a utilização da HAART, não aderiram à terapia medicamentosa prescrita pelo médico, independentemente do tempo de tratamento. Inicialmente, foi realizada a análise dos prontuários dos últimos dois anos, selecionando-se aqueles nos quais conste o relato de abandono ao tratamento. Os sujeitos da pesquisa foram abordados por ocasião de consultas ambulatoriais e internações hospitalares. A participação dos sujeitos da pesquisa ocorreu por inclusão progressiva, não sendo demarcado inicialmente o número de participantes. A coleta de dados foi interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando se julgou que os discursos apresentaram-se repetitivos, considerou-se o universo contemplado. Optou-se por esta modalidade de inclusão dos sujeitos, pois não se pretendeu analisar indivíduos, e sim, suas percepções diante da não adesão à terapia antirretroviral.¹³

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com roteiro semiestruturado, destacando, a princípio, temas relevantes para o estudo, com o objetivo de dar oportunidade aos sujeitos de exporem as suas percepções sobre o assunto. Os dados foram coletados pelas autoras do estudo. O contato para a efetivação da entrevista ocorreu no período das consultas ambulatoriais ou durante a internação. A coleta de dados se deu com auxílio de áudio-gravação.

Para a análise dos dados, inicialmente, as entrevistas gravadas foram transcritas, lidas e organizadas. Após leituras repetitivas de cada entrevista, foi realizada uma análise narrativa de conteúdo¹⁴ e foram estabelecidas categorias que representassem um conjunto de recortes de depoi-

mentos dos sujeitos, procurando agrupar os significados semelhantes e diferentes. Posteriormente, os resultados foram descritos e analisados.

Neste processo investigativo, foi observado o que preconiza a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitado, aos que concordaram em participar do estudo, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido com o fornecimento de uma cópia do mesmo a cada participante. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, sob parecer N.º 93/2008.

RESULTADOS

Participaram do estudo 13 sujeitos, sendo quatro do sexo feminino e nove do sexo masculino, com faixa etária entre 18 e 49 anos. O nível de escolaridade foi o Ensino Fundamental incompleto (10), Ensino Médio completo (2) e Ensino Superior completo (1). O tempo médio de uso dos antirretrovirais foi de sete anos, sendo relatada mais de uma interrupção do tratamento por oito indivíduos. Considerou-se, como interrupção do tratamento, o autorrelato e o registro em prontuário de descontinuidade do tratamento, que tenha gerado troca do esquema terapêutico e/ou internações consequentes por doenças oportunistas.

Analisaram-se os fatores preditivos da não adesão à HAART de acordo com os resultados obtidos nas entrevistas. Considerando o agrupamento das falas convergentes, foram construídas três categorias de análise: (1) acolhimento por parte dos profissionais de saúde visando à adesão ao HAART, compreendida pelo sujeito como importante na condução do tratamento; (2) fatores clínicos, sociais e econômicos - esta categoria surgiu com o agrupamento dos motivos que levaram cada sujeito a interromper o tratamento; (3) fatores presentes na estruturação da rede de assistência, especialmente relacionados ao acesso, referência e contrarreferência, enfrentados pelos sujeitos pesquisados e percebidos como fator crítico para a adesão ao tratamento pelos pesquisadores.

Acolhimento por parte dos profissionais

Foram identificadas semelhanças nas falas, referentes ao apoio prestado pelos profissionais de saúde, no entanto, a percepção da assistência é centrada no profissional médico. Para os que vivenciam a internação hospitalar, destacam-se as percepções de outros profissionais, como enfermeiros e psicólogos. São pessoas que são muito cuidadosas, são cheias de dedicação [...] (E10). *Ótimo, ótimo! Maravilhosa, aff*

Maria, isso aqui é melhor do que minha casa, quando eu tô aqui me sinto bem melhor do que em casa (E1). Fiquei satisfeito com o meu tratamento aqui. [...] não foram médicos, foram anjos (E5). Todo mundo me dá orientação, todo mundo me dá apoio [...] aqui é melhor, já é a minha casa (E2). Doutor [...] é o que me segura nessa vida (E9). A médica me explicou direitinho o horário de tomar os comprimidos [...] (E3). Não dá para tirar todas as dúvidas, até porque às vezes nem tem tempo para isso [...] (E7).

Destacam-se, no entanto, como fatores relevantes relacionados pelos entrevistados, atitudes de preconceito relacionadas à doença que interferem na terapêutica. Distinguiram-se situações vivenciadas e supostas pelos entrevistados de atitudes de discriminação. [...] *ai, quando eu cheguei em casa tinham separado prato, copo, talhães essas coisas, cama, um sofá pra mim sentar, tudo (E1). Eu vou até pegar com a assistente social hoje para orientar umas pessoas lá, porque minha tia diz que pega até no sentar (E8). A partir do momento que descobriu que estava com o vírus [...] lugar pequeno, sabe como é! Ai espalha para todo mundo, aí não consegui trabalhar mais (E3). Saio cedo para trabalhar, aí lá no trabalho tenho que tomar os comprimidos, eu não gosto disso, entendeu [...] (E3). É a única coisa que me aperreia mais, é a escola [...] (E1). [...] é as conversa que a gente tinha antigamente, né, antes dela saber (esposa), as conversa dela! aí era que me dava mais medo ainda, entendesse?...de falar. Eu sempre guardei aquilo e eu acredito que eu parei de tomar o medicamento pra não tomar na frente dela, pra ela não tá fazendo pergunta, pra ela não ficar feito eu fiquei, né, butando coisa na cabeça e tal. E na verdade não adiantou de nada, né? (E5).*

Fatores clínicos e socioeconômicos

Durante a realização das entrevistas, questionaram-se os motivos para a interrupção da HAART. Observou-se que o motivo predominante foram os distúrbios gastrointestinais. *O ruim é porque todo dia você tem que tomar aquele remédio, aí você enjoa, vomita, o ruim é isso (E4). Os remédios são muito enjoosos (E1). Eu ficava vomitando direto, aí eu peguei e parei de tomar (E10). Eu enjoava muito [...], eu já cheguei a olhar para o medicamento, assim, e vomitar (E11).*

Destacaram-se como fatores relevantes as dificuldades financeiras, sociais e pessoais. Verificaram-se também os relatos de abandono por estarem se sentindo bem e pelo esquecimento dos horários da medicação. *É porque a pessoa que tem essa doença tem que ser bem alimentada, e eu não tenho alimentação (E2). Eu parei duas [...], a primeira passei seis meses, a segunda vez parei um ano. Porque eu tava me sentindo bem, achava que tava ótimo (E7). Pensava que já tava bom, tava me achando melhor (E12). O que mais pesou é não acreditar, sempre achar que... porque eu cheguei a fazer cinco exames, e todos eles deram positivo e eu*

nunca acreditava (E5). *Esqueci, esqueci! Às vezes, passava da hora, aí eu não tomava mais* (E6). *É o esquecimento, eu fico tomando nas horas errada, aí o médico disse que não servia* (E8). *Ter que tomar o medicamento bem certinho, no horário certo, na quantidade certa* (E4). *Sempre foi muita medicação para tomar [...]* (E12).

Estruturação da rede de assistência

Verificam-se relatos de dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, expressas pela sistemática de agendamento de consultas e dificuldades de acesso ao serviço fora da programação pré-estabelecida. Além da ausência de assistência em Unidades Básicas de Saúde e de um sistema de referência e contrarreferência que possam apoiar os sujeitos pesquisados. [...] *passsei uma semaninha, aí começou tudo de novo, aí pra mim vim pra cá tem que esperar um mês por conta da consulta [...]* (E2) [...] *quando saio daqui, já sai com o cartão marcado, sabe? Aí, quando chega lá, já tem que ir lá marcar o carro, porque, se for deixar pra marcar no dia, já tá cheio, lotado de gente, aí num tem mais vaga* (E1). [...] *aí eu não tinha dinheiro pra vim e o carro da prefeitura também num tinha vaga* (E3).

DISCUSSÃO

Destacam-se, neste estudo, como fatores contribuintes para a interrupção do tratamento, a ausência de acompanhamento multiprofissional em saúde voltado para a adesão e o acolhimento dos pacientes, atitudes de preconceitos relacionados à doença, de familiares e/ou da sociedade, percebidas pelos usuários da HAART, intolerância gastrointestinal, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diante das dificuldades na adesão a HAART, caracterizadas pela não disponibilidade de atendimento fora da programação das consultas, fatores sociais e econômicos. O tempo de tratamento pode representar uma causa importante de não adesão que precisa ser mais bem estudado.

O padrão encontrado na distribuição dos pacientes por nível de escolaridade mostra-se bastante semelhante ao encontrado em Brasília, onde pessoas em idade inferior a 35 anos e de baixa escolaridade são categorias de maior risco para baixa adesão a HAART.¹⁵

Apesar do indiscutível avanço da HAART, traduzido pela melhoria na qualidade de vida, pela expressiva redução da ocorrência de doenças oportunistas, diminuição das internações hospitalares e um aumento significativo no tempo de sobrevivência das pessoas vivendo com Aids,^{1,3} ainda é necessário o investimento em treinamento e atuação mais efetiva de equipes multidisciplinares, disseminação no manejo do cuidado e melhorias no processo de organização

do trabalho.¹⁶ Essas ações possibilitariam aos pacientes o acesso a uma assistência na qualidade desejada e, assim, os fatores que interferem na adesão ao tratamento poderiam ser controlados, contribuindo para minimizar a ocorrência de falhas na adesão ao tratamento.^{4,17}

A disponibilidade de medicamentos antirretrovirais é alta e homogênea no País.¹⁶ Os esquemas terapêuticos, no entanto, são complexos e apresentam, comumente, problemas de adesão. Os obstáculos vão desde um número muito grande de comprimidos, horários rigorosos, alterações dietéticas e efeitos colaterais associados à maioria dos medicamentos. Deve-se também considerar a associação de tratamentos que os indivíduos necessitam para tratar coinfeções relacionadas ao HIV.¹⁷ O esquecimento¹⁸ e alterações gastrointestinais¹⁹ são relatados com prevalência.

A não adesão à HAART tem sido considerada um dos aspectos mais temíveis para a efetividade do tratamento, na dimensão individual, e para a disseminação de vírus resistente, em nível coletivo. Os estudos que têm avaliado fatores de não adesão à HAART apontaram fatores étnicos, uso de drogas e fatores socioeconômicos como relevantes. A falta de adesão total ao tratamento pode ser atribuída ainda a problemas psicológicos, culturais e sociais.¹⁷

Conhecimento e convicções negativos sobre a doença e o tratamento podem representar uma barreira importante na adesão se não forem percebidos, entendidos e trabalhados pelos profissionais que atendem os portadores de HIV/Aids. Os profissionais médicos percebem que existem dificuldades na comunicação efetiva com os pacientes, relacionados à aderência e aos assuntos que a cercam, os motivos apontados são a falta de treinamentos adequados, falta de tempo, serviços com deficiência de pessoal e a não abordagem relacionada à adesão nas consultas.²⁰

Neste aspecto, as atividades de acolhimento, realizadas pelas equipes multiprofissionais, com o estabelecimento de procedimentos diferenciados para paciente que iniciam a HAART ou para os que enfrentam dificuldades com os esquemas terapêuticos, podem ser viabilizados a partir do investimento na implantação de equipes de adesão, compostas de profissionais de nível médio e superior, com treinamentos específicos e a incorporação efetiva nas unidades de saúde, a exemplo do que ocorre com as equipes de aconselhamento pré e pós-teste. A presença de equipes multiprofissionais no atendimento a pacientes com HIV/aids é em torno de 76%. No entanto, a maioria dos profissionais não está exclusivamente dedicada à assistência relacionada ao tratamento da Aids.¹⁶

Para que o indivíduo possa contar com um atendimento acolhedor, a proposta é que o serviço de saúde seja organi-

zado de forma centrada no usuário, partindo dos seguintes princípios: garantia de acesso universal; reorganização dos processos de trabalho a fim de que este desloque o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, considerada a equipe de acolhimento. Esta equipe deve ser encarregada da escuta ao usuário e, para tanto, é necessário qualificação dos profissionais na perspectiva da relação profissional-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.^{11,12}

Em estudo realizado em sete estados brasileiros, evidenciou-se que os serviços que utilizam protocolos de atendimento na assistência ambulatorial em HIV/Aids são raros e, aliado a esse fato, a maioria dos mesmos não adota rotinas diferenciadas de retorno para pacientes que iniciam a terapia antirretroviral. O atendimento aos pacientes que apresentam dificuldades com o tratamento é realizado majoritariamente pelo médico e apenas 18,3% dos serviços relatam a existência de grupos de adesão¹⁶. Neste sentido, o aumento da capacidade instalada e o investimento no desenvolvimento de uma assistência de boa qualidade são um desafio.^{16,21}

A qualidade da interação do profissional de saúde e do usuário pode ser definida como a capacidade de se criar uma relação de cooperação entre ambos. Programas que favorecem o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços têm melhores níveis de adesão ao tratamento.¹⁰ A complexidade da adesão à HAART decorre das modificações na vida cotidiana devido ao uso diário dos medicamentos, os efeitos colaterais e as dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. No tratamento do HIV/Aids, a relação com o usuário deve caracterizar-se por uma postura de acolhimento, para o atendimento de demandas específicas, possibilitando a participação no planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento.¹¹

É imperativo que os pacientes tenham acesso a fontes adicionais de informação e apoio. Os serviços devem estar estruturados para acolher as pessoas que vivenciam a condição de portadores do HIV/Aids. Os profissionais envolvidos no atendimento devem saber escutar os usuários e auxiliá-los, dentro das suas habilidades, no processo de adesão.

Este estudo revela a carência de um sistema de apoio e da estrutura dos serviços de saúde no sentido de assegurar, aos indivíduos, a assistência integral à saúde e um sistema de referência e contrarreferência no atendimento. É necessário melhorar as redes de serviços de saúde, com encaminhamento mais ágil e maior integração entre diferentes profissionais de saúde. Essas mudanças estruturais

podem melhorar a adesão e a qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.²²

A aceitação e a adesão à HAART estão significativamente associadas ao esquema de medicamentos, à confiança depositada no sistema de saúde e à relação interpessoal com os profissionais de saúde.^{23,24} O papel do serviço de saúde, principalmente pela capacidade de diálogo e de negociação, é de suma importância para a superação das dificuldades relacionadas ao tratamento.²⁵ O resultado da presente pesquisa revela que alguns fatores podem contribuir para a não adesão, como condições socioeconômicas, apoio social e estrutura e organização dos serviços de saúde.

É crucial a atenção dos profissionais de saúde dedicada a estes pacientes²⁶ para uma boa adesão ao tratamento, pois a mesma está relacionada ao bom prognóstico, à preservação de opções terapêuticas, à diminuição da morbimortalidade associada à Aids, a uma melhor qualidade de vida e a uma menor possibilidade da pressão seletiva.²⁷ Por outro lado, o uso incorreto dos antiretrovirais está relacionado à falência terapêutica e ao uso de esquemas mais complexos, o que pode dificultar ainda mais a adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

O acolhimento aos usuários da HAART precisa ser implementado de maneira mais efetiva na organização do atendimento dos serviços de saúde, para que os usuários da terapia possam percebê-lo e vivenciá-lo. Sugere-se a participação multiprofissional, principalmente no atendimento a indivíduos com dificuldades na adesão, viabilizadas na pré e pós-consulta médica, ou através de profissionais que trabalhem a adesão de modo mais específico e individualizado, auxiliando os indivíduos a compreenderem o tratamento, a implicação do uso inadequado das medicações, os cuidados com a medicação, horários e efeitos colaterais, criando, assim, circunstâncias favoráveis para um atendimento personalizado para que as pessoas que vivenciam a condição de portador do HIV/Aids sintam-se acolhidas e possam ser a personagem principal de suas histórias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano estratégico: programa nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. O perfil da Aids no Brasil e metas de governo para o controle da epidemia. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. Baer MR, Roberts J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Can Psychol.* 2002; 43(2): 115-21.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política brasileira de Aids - principais resultados e avanços - 1994 a 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Guarinieri M. Highly active antiretroviral therapy adherence: the patient's point of view. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002; 31:167-9.
6. Wu AW, Ammassari A, Antinori A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 dec; 31:95-7.
7. Paterson DL, Fracp SS, Mohr J, *et al.* Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals Inter Med.* 2000 jan; 133(1):21-30.
8. Scalera A, Bayoumi, AM, Oh P, Risebrough N, Shear, N, Lin-in Tseng A. Clinical and economic implications of non-adherence to HAART in HIV infection. *Disease Management.* 2002 jan; 10(2):85-91.
9. Vázquez IA, Rodríguez CF, Álvarez MP. Manual de psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirâmide; 1998.
10. Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir?* São Paulo: CRT/Nepaids; 2000. p. 28-79.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(2):121-31.
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.108p.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2008. 223p.
15. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saúde Pública.* 2003 mar./abr; 19(2):593-604.
16. Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, *et al.* Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(1):143-151.
17. Brito A, Szwarcwald C, Castilho E. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. *Rev Assoc Méd Bras.* 2006 mar./abr; 52(3):86-92.
18. Williams AB. Adherence to highly active antiretroviral therapy. *The Nursing Clinics of North America.* 1999; 34:113-29.
19. Metha S, Moore RD, Graham NMH. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS.* 1997 nov; 11:1665-70.
20. Malta M, Petersen ML, Clair S, Freitas F, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2005 set-out; 21(5):1424-32.
21. Nemes MIB, Castanheira ERL, Helana ETS, *et al.* Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. *Rev Assoc Méd Bras.* 2009; 55(2):207-12.
22. Guerreiro MF, Kerr-Pontes LRS, Mota RS, França Jr MC, Távora. FF. Survival of adult AIDS patients in a reference hospital of a metropolitan area in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(3):278-84.
23. Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Cl Infect Dis.* 2000; 30(Suppl 2):171-6.
24. Nieuwkerk P, Gisolf EH, Van Leeuwen R, Danner SA, De Boer JB, Sprangers MAG. Self-reported adherence to ritonavir/saquinavir(RTV/SQV) and ritonavir/saquinavir/stavudine (RTV/SQV/d4T) in a randomized clinical trial: preliminary results. In: 12th World AIDS Conference, Geneva; 1998.
25. Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Sé-

rie avaliação: Aderência ao tratamento por anti-retrovirais. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

26. Pereira AV. O acolhimento em grupo com pessoas soropositivas: a visão de profissionais de saúde. Rev APS. 2009; 12(1):4-15.

27. Grmek M. O enigma do aparecimento da Aids. Estud Av. 1995; 9(24):229-39.

Submissão: abril/2011

Aprovação: novembro/2011
