

HELEN RAQUEL NEVES

**O IMPACTO DO FEEDBACK DO PERFIL DE ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL SOBRE AS PERCEPÇÕES E O COMPORTAMENTO DO
PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV**

PORTO ALEGRE

2017

HELEN RAQUEL NEVES

**O IMPACTO DO FEEDBACK DO PERFIL DE ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL SOBRE AS PERCEPÇÕES E O COMPORTAMENTO DO
PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia – Habilitação Psicólogo – do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referente às disciplinas de TCC-I e TCC-II, como requisito parcial para a obtenção do grau, sob orientação do Prof^o Dr. Eduardo Remor

Porto Alegre

2017

HELEN RAQUEL NEVES

**O IMPACTO DO FEEDBACK DO PERFIL DE ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL SOBRE AS PERCEPÇÕES E O COMPORTAMENTO DO
PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia – Habilitação Psicólogo – do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referente às disciplinas de TCC-I e TCC-II, como requisito parcial à obtenção do grau, sob orientação do Prof^o Dr. Eduardo Remor

Banca examinadora

Prof. Dr. Eduardo Remor
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Psicóloga Karin de Mello Ribeiro
Serviço Especializado em DST/HIV/AIDS Herbert de Souza
Secretaria Municipal da Saúde, Viamão

Porto Alegre, _____, de _____, 2017

RESUMO

A adesão ao tratamento do HIV/Aids é definida como a efetiva tomada da medicação antirretroviral prescrita pelo profissional, tendo sido um desafio para as políticas públicas e serviços de saúde envolvidos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é verificar a relevância da tomada de consciência pelo paciente do seu grau de adesão, para a conseqüente ocorrência de seu aumento. Para tanto, foram entrevistados, individualmente, 10 pacientes atendidos no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids do Centro de Saúde Santa Marta, com uso de medicação antirretroviral há pelo menos dois meses. Na entrevista, foi avaliada a adesão ao tratamento (CEAT-VIH) e efetuado o feedback sobre a adesão. Seguimento com o paciente, entre 30 a 60 dias pós-aplicação do instrumento de avaliação da adesão foi realizado para averiguar o efeito da tomada de consciência dele sobre seu grau de adesão. Dados clínicos relevantes para a infecção pelo HIV também foram coletados no prontuário médico. Os resultados mostraram que 70% dos participantes apresentaram perfil de adesão insuficiente (escore < 85), no momento da primeira avaliação. Os dados denotaram que o comportamento de coleta de medicamentos na farmácia (dispensação), esteve relacionado com o autorrelato em relação ao comportamento de adesão ao tratamento medido pelo CEAT-VIH. Os participantes que possuíam registro irregular no SICLOM obtiveram escores mais baixos em todas as dimensões do CEAT-VIH quando comparados aos que apresentaram uma dispensação regular ou que melhoraram a assiduidade na dispensação em relação à data da aplicação. Nesse contexto, foi possível concluir que O CEAT-VIH foi útil no sentido de revelar questões subjacentes à irregularidade na observância dos antirretrovirais, auxiliando no aumento da adesão ao tratamento. No entanto, evidenciou-se que a constância desses resultados depende da intensidade das dificuldades de aceitação, referentes às representações da infecção pelo vírus HIV.

Palavras-chave: Adesão. Avaliação.Aids. HIV.TerapiaAntirretroviral. CEAT-VIH.

ABSTRACT

Introduction: Adherence to HIV / AIDS treatment is defined as the effective taking of antiretroviral medication prescribed by the professional, and has been a challenge for the public policies and health services involved. **Objective:** To verify the relevance of the patient's awareness of their degree of adherence, and the consequent occurrence of their increase. **Methods:** Ten patients, who had used antiretroviral medication for at least two months, were interviewed at the Specialized HIV / AIDS Care Service of the Santa Marta Health Center. During the interview adherence to treatment was evaluated (by CEAT-VIH) and feedback on adherence was provided. A follow-up between 1-2 months post-application of the instrument was performed to ascertain the effect of the patient's awareness of their degree of adherence. **Results:** 70% of the participants presented insufficient adherence profile (score <85), following the findings in Brazilian studies. The data showed that the behavior of drug collection in the pharmacy (dispensation) was related to the self-report in relation to the adherence behavior to the treatment measured by the CEAT-VIH. Participants who had an irregular registry in the SICLOM obtained lower scores in all dimensions of the HIV CEAT when compared to those who presented a regular dispensation or who improved attendance at the dispensation in relation to the date of the application. **Discussion and conclusions:** HIV CEAT has been useful in revealing issues underlying irregularity in adherence to antiretrovirals, helping to increase adherence to treatment. However, it was evidenced that the constancy of these results depends on the intensity of the acceptance difficulties, referring to the representations of HIV infection.

Keywords: Adherence.Assessment. AIDS. HIV.AntiretroviralTherapy. CEAT-VIH.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ARV – Antirretrovirais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para Human Immunodeficiency Virus)

CV - Quantificação de RNA viral presente na amostra de plasma sanguíneo

CD4+ - Linfócitos T CD4+

CD8+ - Linfócitos T CD8+

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS – Organização Mundial da Saúde

PVHA - Pessoa vivendo com HIV/Aids

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

UNAIDS - Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	9
2 MÉTODO	13
2.1 DELINEAMENTO	14
2.2 PARTICIPANTES.....	14
2.3 INSTRUMENTOS.....	14
2.4 PROCEDIMENTOS.....	15
3 RESULTADOS	17
3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS NO ESTUDO...17	
3.2 ANÁLISE QUALITATIVA DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES A PARTIR DO FEEDBACK DA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	23
4 DISCUSSÃO	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) causada pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) teve seus primeiros registros na década de 80 do século passado e, na atualidade, ainda nos defrontamos com inúmeros desafios para a compreensão e manejo dessa epidemia (Silva et al., 2017). As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. O vírus altera o DNA destes, fazendo cópias de si mesmo, rompendo-os após a multiplicação, em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2017)

Segundo o Boletim Epidemiológico AIDS e DST (2016), de 2007 até junho de 2016, foram notificados, no SINAN, 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro-Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%). A taxa de detecção de Aids no país tem demonstrado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos a cada 100 mil habitantes. Entre 1980 e 2016, foram diagnosticadas, no Brasil, 842.710 pessoas com Aids (BRASIL, 2016).

Com relação ao Estado do Rio Grande do Sul, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis (2015), entre 1982 e 2014 foram registrados 76.304 casos de Aids. O Estado apresentou taxa de infecção superior à nacional e à regional entre 2003 e 2014 e, apesar de se verificar sua redução, em 2014 existiam 38,3 infectados a cada 100 mil habitantes. O número de óbitos por Aids registrados no Rio Grande do Sul entre 2003 e 2014 foi de 16.788 (BRASIL, 2015).

O tratamento para o controle do HIV é denominado terapia antirretroviral (TARV). Até junho de 2016, no mundo todo, cerca de 18,2 milhões (16,1 milhões-19,0 milhões) de pessoas tiveram acesso aos antirretrovirais (UNAIDS, 2016). No Brasil, segundo o Portal Brasil (<http://www.brasil.gov.br>, recuperado em 13, fevereiro, 2017) o número de pessoas em uso de TARV no período de 2009 a 2015 cresceu 97%, passando de 231 mil para 455 mil.

Antes da introdução desses medicamentos, a partir da Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que assegurou o seu acesso gratuito à população brasileira, pessoas com HIV progrediam para a Aids em apenas alguns anos. O Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas Para Manejo da Infecção Pelo HIV Em Adultos orientam que se estimule o início da TARV em todas as pessoas diagnosticadas, levando em consideração sua motivação, independentemente da

contagem dos Linfócitos T- CD4. Esta conduta objetiva reduzir a transmissibilidade. Hoje em dia, uma pessoa diagnosticada com o vírus que se trata antes do avanço da doença pode ter uma expectativa de vida quase igual a de uma pessoa não infectada (UNAIDS, 2017). Seus benefícios melhoraram significativamente o prognóstico, e a doença devastadora, que invariavelmente levava à morte, transforma-se em uma enfermidade crônica (SILVA et al., 2017).

A medicação é imprescindível para a não evolução da doença e consequente diminuição da mortalidade pelo HIV/Aids, tendo em vista que o uso adequado contribui para minimizar os sinais e sintomas, melhorando a qualidade de vida e aumentando sua expectativa de vida (MORAES, OLIVEIRA & COSTA, 2014).

De acordo com esses autores, o uso da TARV visa à supressão da carga viral, a quantidade de vírus presente em uma determinada porção de sangue, a quantificação de RNA viral presente na amostra de plasma sanguíneo possibilita estimar quantos existem no organismo, e este fator que reduz a probabilidade dos indivíduos desenvolverem infecções oportunistas, bem como, diminui as chances de transmissão do HIV.

No entanto quando a medicação é administrada de maneira inadequada ou insuficiente, desenvolvem-se cepas virais multirresistentes que acarretam a falência terapêutica, incidindo em desperdício do investimento aplicados em pesquisas e desenvolvimento de drogas (REMOR, MILNER-MOSKOVICS & PREUSSLER, 2007; MORAES, OLIVEIRA & COSTA, 2014).

De acordo com o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Ist, do HIV e Aids e das Hepatites Virais, (<http://www.aids.gov.br/pcdt/8>, recuperado em 11, maio, 2017) estudos denotam que em torno de 80% dos usuários alcançam índices de carga viral plasmática inferior a 50 cópias/mL depois de um ano de medicação, mantendo-se em supressão ao longo do tempo. Após seis meses do início da medicação antirretroviral ou mudança do esquema, ou em indivíduos que vinham apresentando supressão viral ao longo do tratamento, na presença de carga viral plasmática detectável, configura-se a falha virológica. Na amostra, este é o principal parâmetro indicador da falha terapêutica que pode reduzir a recuperação imunológica e o consequente avanço da síndrome, bem como do desenvolvimento da resistência à medicação. Apesar de a falha terapêutica ser multifatorial, destaca-se a inadequada adesão ao tratamento como uma das suas causas mais frequentes.

Ressalta-se que a supressão viral pode ser obtida, mesmo sem alteração da TARV, nos casos de falha associada à má adesão, precocemente identificados.

Sobre os níveis satisfatórios de adesão à medicação para o HIV, diferentes estudos estabelecem distintos parâmetros. Algumas pesquisas defendem a importância da ingestão de, no mínimo, 80% das doses prescritas, em um intervalo de 80 a 95% de observância do tratamento, do total de medicamentos prescritos para a obtenção de efetividade terapêutica (REMOR, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS & PREUSSLER, 2007). A conjuntura da falha terapêutica em função da baixa ou não adesão e o cumprimento na ingestão dos medicamentos para que aquela não ocorra configura uma questão de saúde pública tendo em vista os danos ao indivíduo e ao coletivo (SILVA et al., 2017).

Estudo feito com homens adultos que vivem com HIV/ Aids em Pernambuco sugere que estes não aderem satisfatoriamente aos ARV, concluindo que a adesão é um processo complexo e as dificuldades para que se estabeleça são multifatoriais (MORAES, OLIVEIRA & COSTA, 2014). Segundo Moraes, Oliveira, Motta, Ferreira e Andrade (2015) a maioria dos participantes (70,3%) apresentou uma adesão regular/baixa, com um percentual de observância inferior a 85% dos ARV, configurando adesão insuficiente para o sucesso do tratamento, não alcançando o objetivo final que é obter a carga viral indetectável. Fatores individuais e externos influenciam a adesão aos antirretrovirais (SILVA, DOURADO, BRITO & SILVA, 2015).

A esse respeito, Brito, Szwarcwald e Castilho (2006) asseveram que a interrupção no tratamento pode ser um problema crítico durante os seis primeiros meses da terapia antirretroviral em indivíduos virgens de tratamento, especialmente entre os que apresentam histórico de tratamento psiquiátrico, usam ou fizeram uso de drogas lícitas ou ilícitas até um ano antes de iniciar a medicação, iniciaram-na após internação hospitalar, têm baixo nível de escolaridade e têm idades entre 25 e 34 anos.

Melchior, Nemes, Alencar e Buchalla, (2007) em estudo realizado com 34 participantes, averiguaram baixa adesão de aproximadamente 35% desses indivíduos, sugerindo que as dificuldades relacionadas aos efeitos colaterais, apesar de importantes, são insuficientes para explicar a não adesão ao tratamento, ao passo que fatores sociais, como o estigma, parecem demandar mais soluções técnicas, uma vez que fazem parte de uma dinâmica social mais ampla

Polejack e Seidl (2010) salientam que o monitoramento da adesão deve ser utilizado como uma estratégia de apoio ao paciente, na medida em que auxilia a equipe de saúde a identificar possíveis dificuldades, o que permite delinear um plano de intervenção de acordo com as demandas e necessidades de cada usuário. Nesse contexto, a adesão do paciente ao esquema terapêutico tornou-se fundamental no manejo clínico desta condição, sendo um desafio para os profissionais e serviços de saúde que se defrontam com esta problemática.

No entanto mesmo com todas as ações empreendidas pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, nos últimos 10 anos os serviços de saúde vêm se deparando com a questão da falha terapêutica, resultante principalmente da não-adesão aos antirretrovirais (SILVA et al, 2017). Nos últimos anos, estudos ressaltam a importância da adesão ao tratamento para que os antirretrovirais sejam eficazes. Como consequência dessa realidade, a adesão ao tratamento tornou-se o novo desafio para os profissionais que se ocupam das políticas públicas de DST/Aids no Brasil (REMOR, MILNER-MOSKOVICS & PREUSSLER, 2007; JACQUES et al., 2014). Diante dessa conjuntura na saúde pública, tornou-se necessário se dar atenção às questões da adesão à TARV.

1.1 OBJETIVOS

O presente estudo, objetiva verificar a relevância da tomada de consciência pelo paciente do seu grau de adesão, mediante a avaliação padronizada e feedback com um instrumento específico (CEAT-VIH; REMOR, 2013a) e a consequente ocorrência de seu aumento. Pretende-se também investigar e compreender as questões emocionais relativas à representação do HIV subjacentes às dificuldades de adesão ao tratamento antirretroviral.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal prospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa (SHAUGHNESSY, ZECHMEISTER & ZECHMEISTER, 2012).

2.2 PARTICIPANTES

Selecionamos uma amostra não probabilística de 10 pacientes em tratamento antirretroviral em um serviço especializado em HIV/Aids, na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2016 e março de 2017. Fizeram parte do estudo as pessoas que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: (HIV+, estar em tratamento antirretroviral há, no mínimo, dois meses, e maior de 18 anos). Os dados sociodemográficos foram coletados no momento imediatamente anterior à aplicação do instrumento, bem como a partir de registros dos prontuários de atendimento no serviço, incluindo-se: idade, situação laboral, escolaridade, orientação sexual, situação socioeconômica e via de infecção pelo HIV. Os dados clínicos dos pacientes referentes à sorologia foram extraídos do prontuário: tempo de diagnóstico e uso de TARV, níveis de linfócitos T-CD4, carga viral, esquema antirretroviral e número de comprimidos.

2.3 INSTRUMENTOS

No presente estudo foi utilizada a versão online do CEAT-VIH (Cuestionario para La evaluación de La adhesión al tratamiento antirretroviral) em sua adaptação brasileira (REMOR, MILNER-MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007). O instrumento está constituído de 17 perguntas que avaliam o nível de adesão ao tratamento antirretroviral de adultos soropositivos para o vírus HIV e abarca cinco dimensões da adesão aos medicamentos. São elas: Cumprimento; Antecedentes da falta de adesão; Comunicação médico-paciente; Crenças e expectativas sobre o tratamento e Satisfação com o tratamento (REMOR, 2013b).

Esta ferramenta pode ser utilizada por um profissional da saúde, ou pelo próprio paciente com fins de autoavaliação. Está disponível online (<http://www.ceat-vih.info/>) em qualquer dispositivo móvel ou PC com acesso à internet, seu uso é rápido e de fácil manejo e aplicação, podendo ser autoaplicada pelo próprio indivíduo. Os escores são calculados automaticamente por um algoritmo que transforma linearmente os escores brutos em uma escala de 0 a 100. Ao finalizar, o instrumento gera um gráfico no qual estão dispostos os valores atribuídos para cada uma das dimensões (0 a 100), além do seu índice de adesão global calculado a partir desses valores. Um gráfico de referência é apresentado ao lado do pertencente ao paciente, classificando a adesão como boa (quando seu escore for superior a 85%), regular/insuficiente (quando o valor estiver entre 50% e 85%) e baixa (quando for inferior a 50%).

2.4 PROCEDIMENTOS

Todos os participantes do estudo, no momento da aplicação do instrumento, estavam iniciando ou já faziam aconselhamento psicológico no serviço. A pesquisa teve autorização da supervisão e da coordenação do serviço. Um termo de consentimento foi assinado pelos participantes ao entrarem no serviço, além do consentimento verbal da participação. Eles também foram informados da necessidade de um segundo encontro entre 30 e 60 dias após responderem ao instrumento, para a retomada do questionário. Cinquenta por cento deles foram previamente selecionados pelo histórico de abandono do tratamento antirretroviral, falha terapêutica e/ou dispensação irregular no SICLOM. O percentual complementar foi convidado a participar durante as sessões, após verificação de sua adesão satisfatória verificada no aconselhamento psicológico, registros em prontuários e/ou dispensação no SICLOM. Todos responderam ao CEAT-VIH na versão informatizada.

Em seguida, o gráfico do participante lhes foi apresentado (veja exemplo no Anexo B) explicando-lhes do que se tratava cada uma das figuras e o que significava o escore obtido. Em seguida, conforme anexo A, para cada uma das dimensões lhes foi perguntado se estavam de acordo ou não com o valor recebido e se ele refletiria o grau de cumprimento do tratamento. Também foi solicitado que falassem um pouco mais a respeito. As respostas foram anotadas e posteriormente classificadas.

No segundo encontro, realizado entre um e dois meses após a aplicação do questionário, retomaram-se os gráficos e as respostas fornecidas no primeiro encontro, solicitando-lhes que avaliassem se algo havia mudado a partir da tomada de consciência daquelas questões referentes à sua adesão. Posteriormente os participantes foram convidados a falar sobre a percepção que tiveram acerca da experiência em responder ao questionário. Pesquisas no SISCEL e SICLOM foram feitas para investigar se após dois meses do feedback houve mudanças no padrão de retirada dos antirretrovirais e alterações nos marcadores carga viral e CD4.

Realizou-se análise de conteúdo com as respostas dos participantes. A técnica utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS NO PRESENTE ESTUDO.

Os participantes tinham entre 21 e 48 anos de idade, média de 32,8 anos (DP = 10,4), sendo 50% do sexo feminino e 50% masculino. 70% da amostra consideraram sua situação econômica como a dos outros. Em relação à situação laboral, 80% estavam empregados. Quanto à escolaridade, 50% possuíam ensino técnico/médio completo (Tabela 1). Estudo com amostra equivalente encontrou índices aproximados de escolaridade e presença de adesão insuficiente, contrapondo-se aos achados que referem relação de não adesão e baixa escolaridade (GALVÃO, SOARES, PEDROSA, FIUZA & LEMOS, 2015).

Tabela 1 Características sociodemográficas da amostra (n=10)

Características	M (DP), min. – máx.	f (%)
Idade	32,8 (10,4), 21 – 48	
Sexo		
Feminino		5 (50%)
Masculino		5 (50%)
Situação econômica		
Pior que a dos outros		1 (10%)
Como a dos outros		7 (70%)
Algo melhor que a dos outros		2 (20%)
Situação laboral		
Desempregado		2 (20%)
Empregado		8 (80%)
Nível de escolaridade		
Fundamental		1 (10%)
Médio incompleto		1 (10%)
Técnico/Médio completo		5 (50%)
Superior incompleto		1 (10%)
Superior		2 (10%)
Orientação sexual		
Heterossexual		5 (50%)
Homossexual		5 (50%)

Os dados clínicos demonstraram que o tempo de diagnóstico dos participantes foi de 61,5 meses em média (DP=77,2), este tempo variou entre o mínimo de 3 e o máximo de 228 meses, tendo 90% deles referido a via sexual como forma de infecção. Iniciaram a TARV há um tempo médio de 26,7 meses (DP=21,4), fazendo uso do esquema atual há 14,6 meses (DP=10,9). Ingeriam a média de 2,5 comprimidos diariamente (DP=1,6) variando entre o mínimo de 1 e o máximo de 6

comprimidos. Com relação à carga viral, a amostra obteve a média de 2828,20 (DP= 4840,95). O valor médio de CD4 foi 542,20 (DP= 381,22), com o valor mínimo de 92 e máximo de 1250 (Tabela 2).

Tabela 2 Características clínicas da amostra (n =10)

Características	M (DP), min. – máx.	f (%)
Tempo de diagnóstico (meses)	61,5 (77,2), 3 – 228	
Via de infecção		
Sexual		9 (90%)
Não sabe		1 (10%)
Início do TARV (meses)	26,7 (21,4), 3 – 70	
Início do esquema atual (meses)	14,6 (10,9), 3 – 34	
Medicamentos do esquema atual (nº comp)		
TDF/3TC/ATV/RTV (3)		5 (50%)
TDF/3TC/EFZ (1)		4 (40%)
3TC/AZT/LPV/RTV (6)		1 (10%)
Número de comprimidos	2,5 (1,6), 1–6	
Carga viral (aplicação)	2828,20 (4840,95), 39 – 14.909	
CD4 (aplicação)	542,20 (381,22), 92 – 1250	

Quanto ao número de comprimidos, não se verificou associação com os escores nas dimensões avaliadas pelo instrumento de adesão ao tratamento CEAT-VIH (todos $ps > 0,05$). Embora algum estudo sugira que o esquema terapêutico prescrito é um fator que pode supor uma barreira para a adesão à TARV, visto que quanto maior o número de medicamentos prescritos pode observar-se menor observância (por exemplo, LANDIM, OLIVEIRA, ABREU, MOREIRA & VASCONCELOS, 2011) nem sempre esta relação está presente nos estudos com população com infecção por HIV (REMOR, 2013).

Ademais, a análise do perfil individual dos indivíduos que demonstraram mudança nos padrões de retirada de medicações antirretrovirais após questionário revelou que todos tomavam a maior quantidade de comprimidos da amostra (três ou seis). Em contrapartida, a maioria dos que não apresentaram mudanças tomavam o número mínimo de comprimidos da amostra (um). Esse resultado, em consonância com alguns estudos, pode sugerir que a complexidade do esquema não influencia diretamente no comportamento de não-adesão, conforme os achados de Moraes, Oliveira, Motta, Ferreira & Andrade (2015) (Tabela 2).

Não houve diferenças nos escores do CEAT-VIH em relação ao sexo dos participantes (todos $ps > 0,05$). O estudo de Lorschieder, Gerônimo e Colacite (2012), identificou uma relação entre sexo e não adesão, creditando aos homens maior grau

de adesão. Em contrapartida, as mulheres faltariam mais às consultas, além de ter mais falhas na toma da medicação, em função das rotinas domésticas e cuidados com filhos (LORSCHIEDER, GERÔNIMO & COLACITE, 2012). Neste estudo, 20% das participantes referiram essa particularidade.

Como cabia esperar, a orientação sexual (heterossexual ou homossexual) dos participantes não esteve relacionada com os escores obtidos no CEAT-VIH (todos $ps > 0,05$). O Tempo de diagnóstico demonstrou correlação inversa, estatisticamente significativa, com os escores da dimensão Antecedentes de não-adesão ($r = -0,678$; $p = 0,031$). Estes dados corroboram com estudo de Galvão, Soares, Pedrosa, Fiuza & Lemos (2015), pois seus achados acompanham outras pesquisas que também encontraram relação entre maior tempo de diagnóstico e a adesão adequada. No entanto, apesar dos nossos resultados seguirem essa tendência, de posse dos relatos no questionário e dos acompanhamentos psicológicos com os pacientes no serviço, esse dado não pode ser entendido fora desse contexto.

A esse respeito, os participantes deste estudo que possuíam o maior tempo de diagnóstico absolutamente não se adaptaram a ele ou se tornaram aderentes em função do tempo de conhecimento da sua sorologia.

O participante (com 228 meses de diagnóstico) que registrou melhora na dispensação após o CEAT-VIH referiu claramente ter iniciado seu processo de aceitação do vírus e a retomada do tratamento, com a observância adequada dos antirretrovirais, a partir dos atendimentos psicológicos individuais e em grupo no serviço. Durante quase vinte anos, veio a alcançar a carga viral indetectável pela segunda vez, recentemente.

A participante (com 180 meses de diagnóstico) ainda apresenta extrema dificuldade de aceitação do vírus, relatando rejeição aos medicamentos, ao ponto de ocupar horas do dia se preparando para tomá-los. Referindo náuseas e “um embrulho” no estômago somente de lembrar que se aproxima da hora de engolir os comprimidos. Mesmo em face do tempo estendido de diagnóstico e da disponibilidade de auxílio psicológico no serviço, ela, até os dias de hoje, não desenvolveu recursos para enfrentamento de sua condição de saúde.

Observou-se relação inversa, estatisticamente significativa, entre número de comprimidos e os valores de CD4+ dos participantes ($r = -0,764$; $p = 0,010$). Conforme referido anteriormente, estudos encontraram relação entre a

complexidade da TARV e os níveis de adesão inadequada, no entanto para compreendermos a relação entre o número de comprimidos e os valores mais baixos de CD4+ encontrada neste estudo deve-se considerar as particularidades de cada caso, visto que o maior número de comprimidos nem sempre prediz falha terapêutica. A escolha do esquema de antirretrovirais vai depender da intensidade da carga viral e de possíveis contra indicações que o paciente possa apresentar, não significando que o número maior de comprimidos prescritos implicaria abandono ou falhas (BRASIL, 2015).

Conforme podemos visualizar (Tabela 3), 70% dos participantes apresentaram perfil de adesão insuficiente (escore < 85), acompanhando os achados em estudos brasileiros como os de Landim, Oliveira, Abreu, Moreira & Vasconcelos (2011); os de Lorschieder, Gerônimo & Colacite (2012); e os de Moraes, Oliveira, Motta, Ferreira & Andrade (2015).

Dentre os participantes, um deles tinha registros regulares de dispensação no SICLOM no momento da aplicação do CEAT-VIH, apresentando carga viral de 83 cópias no exame mais próximo à data de aplicação. Ressalta-se que, apesar do seu escore global representar adesão insuficiente, o participante verbalizou estar totalmente adaptado com o tratamento, recebendo escore máximo em Observância. Os outros seis registravam dispensação irregular, sendo que dentre eles uma participante não possuía registro de exames no momento da aplicação porque realizava seu tratamento em rede de convênio do questionário.

Ainda de acordo com a Tabela 3, após dois meses do feedback/entrevista de retorno, denotaram-se mudanças no comportamento de coleta da medicação antirretroviral (dispensação) em 40% da amostra (um destes não havia recebido escore de adesão insuficiente, talvez sua irregularidade no SICLOM se explique por sobras da medicação dos períodos que não tomava regularmente), sendo que, destes, 50% passaram da condição de irregular para regular, e os outros 50% demonstraram melhora na dispensação (retiraram a medicação com maior constância, mas ainda não regularmente).

Quanto à consulta realizada no SISCEL 60 dias após o feedback do perfil de adesão, houve coerência entre a alteração ou não no comportamento de coleta da medicação e os valores de quantificação de RNA viral apresentados. Valores inexistentes na Tabela 3 se explicam pelo fato de que exames de controle de carga

viral e CD4 são solicitados a cada seis meses para os usuários aderentes ou pelo perfil não aderente (em abandono ou faltas nas consultas e exames) de outros.

Tabela 3 Situação do paciente nos sistemas SISCEL e SICLOM

	Valores de CV e CD4 próximos à data de aplicação	Valores de CV e CD4 2 meses após o feedback	Dispensação próxima à data de aplicação	Dispensação 2 meses após o feedback
P1139	6.081/169	2.325.187	Irregular	Irregular
P1391	<40/519	<40/598	Regular	Regular
P43	83/456	SR/353	Regular	Regular
P1325	<40/260	SR	Irregular	Regular
P517	14.909/92	SR	Irregular	Melhora
P1416	70/776	<40/1.010	Regular	Regular
P777	3.944/671	SR	Irregular	Melhora
P993	<40/999	SR	Irregular	Irregular
P301	<40/1250	SR	Irregular	Irregular
P1507	SR	<40/ 230	Irregular	Regular

SR = sem registros no SCISCEL, CV = Carga Viral

Com relação à ciência do seu grau de adesão, 85,7% dos sujeitos que obtiveram escores de adesão insuficiente no CEAT-VIH (escore < 85) estavam irregulares nos registros do SICLOM. 71,5% dos que receberam escores de adesão insuficiente estavam cientes de que não administravam adequadamente os antirretrovirais. Os outros 28,5% não possuíam autocrítica da irregularidade, sendo que um deles se espantou com a frequência nos esquecimentos percebidos durante a aplicação. O outro não concordou com os escores baixos e referiu apenas atrasos na medicação em cerca de uma hora. Ambos não denotaram mudanças no padrão de retirada da medicação.

Tabela 4 Descritivos dos escores CEAT-VIH (n = 10)

Dimensões do instrumento	N	Min.	Max.	Média	DP
A Observância	10	33	100	72,10	24,94
B Antecedentes de não adesão	10	19	100	83,40	25,69
C Comunicação medico paciente	10	42	100	75,90	16,25
D Crenças e expectativas do tratamento	10	55	100	76,60	12,91
E Satisfação com o tratamento	10	50	100	79,40	17,21
F Índice global de adesão	10	47	94	77,20	15,06

Quanto às dimensões avaliadas pelo instrumento, a amostra revelou a média de 72,10 (DP = 24,94) em Observância. Esta dimensão obteve o menor valor médio da amostra, apresentando valor mínimo de 33 e máximo de 100. A dimensão Antecedentes de não adesão teve média de 83,40 (DP = 25,69), a dimensão

apresentou o maior valor médio, registrando o mínimo de 19 e máximo de 100. Os valores médios de todas as dimensões caracterizaram adesão insuficiente (escore < 85) (Tabela 4).

O **escore global de adesão** se associou inversamente com a carga viral (T1; $Rho = -24$; $p = n.s$) indicando que quanto maior o escore de adesão, menor é a carga viral. O **escore global de adesão** também denotou relação inversa com o nível de CD4 (T1; $Rho = -20$; $p = n.s$) sugerindo que pessoas com maior déficit imunológico estariam mais aderentes à medicação. Ambas as associações apesar de não significativas estatisticamente, possivelmente em função da amostra reduzida, é um dado importante a se considerar.

Tabela 5 Correlações (Pearson) entre as dimensões do CEAT-VIH (n = 10)

	A	B	C	D	E
	Observância	Antecedentes de não adesão	Comunicação médico paciente	Crenças e expectativas do tratamento	Satisfação com o tratamento
A Observância	1				
B Antecedentes de não adesão	0,676* (0,032)				
C Comunicação médico paciente	0,457 (n.s.)	-0,065 (n.s.)			
D Crenças e expectativas do tratamento	0,587 (0,075)	0,526 (n.s.)	0,347 (n.s.)		
E Satisfação com o tratamento	0,775** (0,008)	0,678* (0,031)	0,351 (n.s.)	0,434 (n.s.)	
F Índice global de adesão	0,922** (0,000)	0,722* (0,018)	0,464 (n.s.)	0,788** (0,007)	0,786** (0,007)

Nota:* $p < 0.05$ (2-tailed); ** $p < 0.01$ (2-tailed); n.s. Estatisticamente não significativo

Conforme podemos visualizar na Tabela 5, e cabia esperar, as dimensões do instrumento estiveram relacionadas. A dimensão Observância teve correlação significativa com a dimensão Antecedentes de não adesão e fortemente significativa com a dimensão Satisfação com o tratamento, na amostra do presente estudo. A dimensão Antecedentes de não adesão correlacionou-se significativamente com a dimensão Satisfação com o tratamento. O índice global de adesão teve relação fortemente significativa com as dimensões Observância, Antecedentes de não adesão, Crenças e expectativas do tratamento e Satisfação com o tratamento.

De acordo com os dados apresentados da Tabela 6, observou-se que o comportamento de coleta de medicamentos na farmácia (dispensação), esteve relacionado com o autorrelato em relação ao comportamento de adesão ao

tratamento medido pelo CEAT-VIH. Os participantes que atenderam à dispensação de forma irregular apresentaram escores mais baixos em todas as dimensões do CEAT-VIH, ao serem comparados com aqueles participantes que apresentaram uma dispensação regular ou que melhoraram a assiduidade na dispensação em relação à primeira aplicação. Estas diferenças foram estatisticamente significativas para as dimensões crenças e expectativas do tratamento, satisfação com o tratamento e no índice global de adesão. O tamanho destas diferenças (tamanho do efeito) oscilou entre médio e grande.

Esses resultados podem indicar que os participantes que pontuaram índices mais baixos nas dimensões do instrumento podem apresentar mais dificuldades em superar as barreiras associadas à dispensação da medicação.

Tabela 6 Relação entre os escores de adesão (CEAT-VIH) e o comportamento de coleta de medicamentos na farmácia entre a primeira aplicação e o retorno

		N	Média	Mdn	U Mann Whitney (p- valor)	Tamanho do efeito (r)
A Observância	Irregular	3	50,00	50	U = 2,50 (0,064)	0,58
	Regular	7	81,57	92		
B Antecedentes de não adesão	Irregular	3	71,00	94	U = 9,00 (n.s.)	0,11
	Regular	7	88,71	94		
C Comunicação medico paciente	Irregular	3	64,00	67	U = 5,00 (n.s.)	0,40
	Regular	7	81,00	83		
D Crenças e expectativas do	Irregular	3	63,33	65	U = 0,50 (0,022)	0,72
	Regular	7	82,28	80		
E Satisfação com o tratamento	Irregular	3	62,66	63	U = 2,00 (0,047)	0,62
	Regular	7	86,57	88		
F índice global de adesão	Irregular	3	59,66	64	U = 0,00 (0,016)	0,75
	Regular	7	84,71	85		

Irregular (dispensação irregular); Regular (dispensação regular ou melhora em relação a primeira aplicação); n.s. estatisticamente não significativo; Mdn= Mediana; (r) tamanho do efeito proposto por Rosenthal (Rosenthal, 1991, pág. 19)

3.2 ANÁLISE QUALITATIVA DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES A PARTIR DO FEEDBACK DA ADESÃO AO TRATAMENTO.

No intuito de analisar qualitativamente os dados coletados no presente estudo, realizou-se uma análise de conteúdo nas respostas fornecidas pelos participantes para cada uma das dimensões, revelando-se assim:

a) Acerca da dimensão *Observância*, três dos participantes relataram esquecimentos frequentes da medicação. Outros dois referiram esquecerem-se

esporadicamente. Um deles afirmou não tomar a medicação. Um dos sujeitos relatou deixar de tomar os antirretrovirais por algum motivo. Por fim, três dos participantes asseguraram tomar regularmente a medicação. Dentre algumas das respostas acerca da observância da medicação, os participantes que expressaram dificuldade em tomar os antirretrovirais regularmente relataram que se descuidam e não tomaram nos finais de semana, além de que “ao acabarem os remédios, acham desculpas para não buscá-los”, atrasaram o horário com frequência devido a suas rotinas, mas não deixaram de tomar os ARV, esquecem-se até três vezes na semana, chegando a deixar de tomá-los por lembrarem somente no outro dia. Referiram, também, que acabam esquecendo em função de atividades domésticas, como o cuidado com filhos. Outros afirmaram observar adequadamente, sem falhas.

b) Quanto à dimensão *Antecedentes de não adesão*, três sujeitos afirmaram que não tomam a medicação em presença de outros. Dois participantes asseguraram que tomam o ARV mesmo em presença de outras pessoas. Houve referência de um, que compartilhou o diagnóstico para tomar sem precisar se esconder, e três dos participantes verbalizaram que não tomam o medicamento por dificuldades emocionais. Um dos sujeitos não quis comentar.

Em relação aos eventos que antecedem a toma da medicação e que podem estar dificultando-a, os participantes referiram sentirem-se desconfortáveis para administrar os antirretrovirais diante de outras pessoas, como podemos perceber na fala de uma das participantes: “Eu preciso me esconder, estou morando com minha mãe por causa de dificuldade financeira, tenho que me esconder pra tomar o remédio, ela é muito preconceituosa, fala que tem nojo de aidético, então acabo esquecendo de tomar e às vezes tomo só no outro dia, porque espero minha mãe não estar perto”. Outro afirmou que, apesar das pessoas saberem de seu diagnóstico, deixa de tomar a medicação junto a eles por acreditar que podem se penalizar; alguns participantes asseguraram que tomam os remédios mesmo em presença de alguém, por não se incomodarem com isso ou porque encontram formas para que eles não percebam o ato. Um dos sujeitos afirmou que chegou a compartilhar seu diagnóstico para não precisar se esconder para se medicar.

A desorganização doméstica e as dificuldades de impor regras e limites ao filho de dois anos foram relatadas como o evento que causa atrasos e esquecimentos frequentes na medicação de uma das participantes. Uma participante (diagnóstico em 2002) respondeu, chorando intensamente durante toda

a aplicação do instrumento, que ainda tinha dificuldade de pegar o remédio e colocar na boca, comprava suco e iogurte para mascarar a textura e o cheiro e passava a maior parte do tempo ignorando o HIV, senão estaria sempre chorando. As dificuldades emocionais da não aceitação do diagnóstico em função da representação do HIV – fortemente ligado às questões de sexualidade – a obstaculizam a toma dos antirretrovirais e o tratamento de forma geral, conforme evidenciou-se na passagem do participante P301:

(...) Minha postura com a sexualidade aberta levou ao HIV, é o significado de como chegar até ter HIV, não é verdade que se tem uma vida normal após o remédio, é uma falácia e a pessoa pode se culpar porque com ela não tá dando certo; minha grande dificuldade é emocional, isso atrapalha o tratamento; a contaminação pelo HIV é como uma sentença pela sexualidade da gente, não temos espaços pra se relacionar sabe, tem que ser sempre de forma escondida ou promíscua, não temos lugar na sociedade, reconhecimento; acho que as pessoas se expõem e se contaminam pra evitar de continuar fazendo sexo. O HIV é uma sentença, é o que confirma que a sociedade não é educada pra se proteger no mundo gay; parece destinado a ter HIV por ter sexualidade fora do padrão. O remédio fortalece a ideia de culpa pela sexualidade. O HIV é o chicote pra se penalizar.”

c) Em relação à dimensão *Comunicação médico-paciente*, um sujeito salientou haver falta de comunicação por parte de si mesmo. Outros dois referiram faltar comunicação por parte do médico, e outros três verbalizaram faltar comunicação de ambos. Boa comunicação médico-paciente foi referida por quatro participantes.

As verbalizações encontradas nessas categorias referem que a falta de comunicação por vezes independe do profissional, visto que os pacientes por questões próprias não se disponibilizam ao diálogo maior ou a sanarem suas dúvidas. Também discutiram sobre o fato de, por estarem aderentes ao tratamento não acontecem muitas consultas, o que implicaria em menor comunicação. Alguns asseguraram que o médico poderia lhe mostra mais os exames e orientar sobre os efeitos colaterais e sobre como agem os antirretrovirais sobre o vírus. Outros afirmaram que a comunicação é boa e que seus médicos são os que melhor explicam sobre a sua infecção.

d) A dimensão *Crenças e expectativas do tratamento*, nove participantes enunciaram ter boas expectativas. O outro referiu expectativas inconstantes.

As respostas fornecidas nessa dimensão revelaram que a maioria dos sujeitos tem conhecimento dos benefícios da medicação antirretroviral. No entanto, transcenderam essa questão, apresentando suas percepções e dificuldades acerca do que significa estar infectado pelo vírus do HIV. Alguns participantes referiram que, apesar de que não terem tido sintomas, conseguem sentir melhoras no estado físico em geral. Uma participante que vinha enfrentando sintomas como queda de cabelo, emagrecimento, lesões de pele e infecções oportunistas recorrentes afirmou que “precisava sentir a melhora do corpo, voltar a ser como era antes” para que aumentasse sua expectativa com o tratamento. Também argumentaram que têm expectativas e crenças boas, mas que esta aumentaria quando conseguissem estabilizar-se emocionalmente e aceitar o diagnóstico. Uma alusão que esteve em voga em algumas respostas foi a de que o tratamento não se reduziria a administrar a medicação. Um dos sujeitos afirmou que “quando se toma o remédio não quer dizer que o tratamento está sendo feito, entendo que tem benefícios, mas não é o tratamento como um todo, só trata o corpo e não a representação do HIV”.

e) Em relação à dimensão *Satisfação com o tratamento*, seis indivíduos manifestaram-se muito satisfeitos. Os outros avaliaram-se parcialmente satisfeitos com o tratamento. Esta dimensão obteve respostas que em geral apresentaram um nível bastante satisfatório com o tratamento, especificamente o medicamentoso. Alguns referiram que atualmente estão extremamente satisfeitos, o que em outro momento não aconteceu. Os que relataram satisfação parcial, novamente asseveraram que estariam ainda mais realizados senão fosse pela dificuldade emocional de lidar com um vírus carregado de representações sociais e que precisam elaborar diversas questões para se estabilizarem.

Passagens como “o remédio não supre as carências emocionais”, “a satisfação também é emocional”, e “existe tratamento pro corpo, mas não pra parte psíquica, pra pessoa que carrega um corpo com HIV”, simbolizam o referido. Também houve alusão ao fato de que era difícil esquecer-se do sofrimento enfrentado anteriormente e assim responder ao questionário somente pensando na última semana. Dois dos sujeitos mencionaram dificuldades com efeitos adversos. Um deles queixou-se da sonolência, outro afirmou que “as sensações corpóreas com os antirretrovirais eram piores do que as de uma ressaca muito forte”.

Como vemos na Tabela 7, em relação à percepção acerca da utilidade de responder ao CEAT-VIH, os participantes informaram importância de poder

autoavaliar seu tratamento, tanto no sentido do que poderia melhorar, quanto no conhecimento e afirmação do que está adequado, servindo dessa forma como um incentivo a prosseguirem. A afirmação sobre a oportunidade recebida para falar sobre o tratamento como um momento incomum vivenciado, além da fala da participante que antes de responder ao questionário “sentia-se arrogante e ou irresponsável” por não conseguir realizar o tratamento de forma adequada, denotaram a necessidade de se trabalhar mais profundamente as questões inerentes ao diagnóstico.

Todos referiram alguma sensação e/ou movimento no sentido de como estavam realizando os seus tratamentos ou do que este lhes representava. Naquela ocasião mesmo, já pensaram em estratégias para mudar os hábitos em relação aos ARV, como usar despertadores e lembretes, chegando a verbalizar a vontade de sair da sala e retirar imediatamente seu medicamento. Se não lhes despertou mudanças, foi um disparador para a reflexão.

Tabela 7 Percepção acerca da utilidade de responder ao questionário

P1139	“Responder foi legal, pra eu me avaliar pra ver como eu estou, o que posso melhorar, e assim melhorar minha saúde, vendo isso eu parei pra pensar que se eu tomasse o remédio certinho eu não estaria passando por isso. Agora vou tentar resolver as coisas que, agora que eu sei, me dei conta.”
P1391	“É bom pra ver o quanto estou bem mesmo, se eu fizesse isso antes com certeza ia dar tudo ruim os resultados. Foi bom pra eu perceber que estou fazendo certo o tratamento.”
P43	“Pra mim é estranho, nunca falei sobre o tratamento com ninguém, foi novidade boa. É bom olhar meio que de fora como tá o tratamento.”
P1325	“Os resultados deixam mais confiante, acaba sendo um incentivo pra manter bom assim.”
P517	“Antes do questionário eu achava que era arrogância ou irresponsabilidade minha. Todo dia é um sofrimento quando chega perto da hora do remédio. “Fez diferença sim, tô louca pra sair daqui e pegar a medicação.”
P1416	“Acho que sempre faz sentido, faz pensar, com medo de pensar, porque falar te faz pensar sobre isso.”
P777	“Fez sentido porque são coisas que não são passadas por outras pessoas daqui, acho que agora vou tentar ser mais regrada, colocar despertador para tocar e tomar o remédio.”

P993	“É bom pra tentar melhorar mais, cuidar mais o horário e não ficar sem tomar.”
P301	“Não fez diferença. Talvez materializou e pude refletir. A reflexão faz conhecer e isso traz mudança.”
P1507	“Estou pensando em botar o celular pra tocar, usar a tecnologia, falta me informar sobre os ARVs e cumprir melhor os horários, não tem risco de eu parar de tomar nem estando triste porque não tinha nem passagem para vir, porque preciso criar meu filho.”

Acerca da entrevista de retorno do CEAT-VIH, ocorrida entre 30 e 60 dias após a aplicação do questionário, conforme se pode visualizar na Tabela 8, os participantes referiram ter empreendido mudanças no comportamento de administração dos ARV, no sentido de que passaram a fazer uso de mecanismos para se lembrarem do horário, além de perceberem uma melhora também na comunicação com o médico. Verbalizaram a respeito da importância de terem se apropriado do que não estava adequado no tratamento, no sentido de que não tinham ciência dos equívocos realizados, passando a se organizarem então para cumprir adequadamente a toma da medicação.

Quando não obtiveram o escore máximo nas dimensões, reafirmaram a utilidade de responder ao questionário como fonte de incentivo para atingi-lo. Surgiram respostas também no sentido de que se sentiram assistidos por saberem que existem pessoas trabalhando para a melhora da adesão no tratamento. Como podemos verificar na tabela, uma das participantes referiu que a experiência de responder ao questionário, não somente desnudou suas dificuldades com atrasos no horário e esquecimentos em relação à medicação, mas também a possibilitou aperceber-se de questões de desorganização doméstica, com fragilidades, segundo ela, em exercer a função materna para seu filho de dois anos, afirmando que ela até então não havia conseguido se dar conta da ausência de limites, horários para dormir, ou permissão para brincar na rua.

Tabela 8 Entrevista de retorno/percepção dos efeitos de responder ao questionário

P1139	“Passei a tomar o remédio, coloquei o telefone pra despertar, vi que posso cuidar mais de mim. Também melhorou o diálogo com o médico, eles até estranharam. Até eu me surpreendi com o que eu mudei, com o que vi que posso.”
P1391	“Mudou sim, é bom saber que tô bem e que vou continuar cada vez melhor. É um incentivo.”
P43	“Fez diferença o <i>feedback</i> sim. Foi a primeira vez que tive a oportunidade de falar sobre isso, o tratamento.”
P1325	“Ajudou sim porque vendo o gráfico eu vi que nem tudo tá tão bom. É um incentivo pra ficar ainda melhor, se eu estava aqui embaixo e cheguei até ali, então posso chegar lá em cima. Ver o gráfico aumenta a realidade.”
P517	“É muito importante saber que tem pessoas que estão se preocupando em ajudar, ajuda muito, tenho muita dificuldade com isso.”
P1416	“Fiquei feliz quando vi, mas me cobrei porque queria atingir o 100.”
P777	“Eu posso dizer que mudou muita coisa na minha vida depois que tu fez isso comigo.”
P1507	“Ajudou no sentido de me organizar e visualizar, não tinha noção que estava fazendo de forma equivocada e da importância de tomar no horário.”
P993	“Fez diferença pra querer melhorar, tomar no horário certo e chegar no 100.”
P301	“Fez diferença pra eu parar, me questionei sobre a necessidade da medicação dessa forma.”
P43	“Fez diferença o feedback sim. Foi a primeira vez que tive a oportunidade de falar sobre isso, o tratamento.”
P1325	“Ajudou sim porque vendo o gráfico eu vi que nem tudo tá tão bom. É um incentivo pra ficar ainda melhor, se eu estava aqui embaixo e cheguei até ali, então posso chegar lá em cima. Ver o gráfico aumenta a realidade.”
P517	“É muito importante saber que tem pessoas que estão se preocupando em ajudar, ajuda muito, tenho muita dificuldade com isso.”
P1416	“Fiquei feliz quando vi, mas me cobrei porque queria atingir o 100.”
P777	“Eu posso dizer que mudou muita coisa na minha vida depois que tu fez isso comigo.”

-
- P993 "Fez diferença pra querer melhorar, tomar no horário certo e chegar no 100."
- P301 "Fez diferença pra eu parar, me questionei sobre a necessidade da medicação dessa forma."
- P1507 Ajudou no sentido de me organizar e visualizar, não tinha noção que estava fazendo de forma equivocada e da importância de tomar no horário."
-

4 DISCUSSÃO

Quanto à importância das variáveis sociodemográficas no comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral (medido pelo CEAT-VIH), não foram encontradas relações entre elas. Estes resultados se ajustam ao afirmado por Straub (2014), os fatores sociodemográficos não são prognósticos precisos de adesão ao tratamento. Neste sentido, Lencastre, Guerra e Remor (2010) asseveram que, mesmo em presença de algumas características sociais de vulnerabilidade, os indivíduos podem dispor de outros meios para dar conta de sua condição de saúde, alcançando a carga viral indetectável.

No presente estudo, o perfil sociodemográfico das pessoas incluídas subdividiu-se igualmente entre o sexo masculino e feminino, com média de idade de 32,8 anos, a maioria reportou estar em atividade laboral, com situação econômica como a dos outros, e 50% deles com nível médio de escolaridade. Estas variáveis não se relacionaram com os escores do CEAT-VIH estando, assim, de acordo com aqueles achados.

Em relação aos escores nas dimensões do CEAT-VIH, a dimensão Observância denotou a menor média, coerentemente com a amostra na qual 70% (sete participantes) obtiveram escore de adesão insuficiente, e 70% da amostra estavam em dispensação irregular no SICLOM. No entanto um dos participantes pertencia somente ao grupo dos escores de adesão insuficiente, mas não ao grupo de irregulares no SICLOM, outro estava somente no grupo dos irregulares, mas não no grupo de adesão insuficiente. Com relação ao participante que não recebeu escore de adesão insuficiente, a partir do seu relato de adaptação ao tratamento durante o questionário e grandemente por sua evolução no aconselhamento psicológico, é possível que sua irregularidade na dispensação se explique pelo uso de medicação excedente advinda de um passado de não observância. Acerca do participante que obteve escore de adesão insuficiente, mas não se encontrava irregular na dispensação, podemos entender que seu escore de adesão foi reduzido em função dos valores recebidos nas dimensões Comunicação médico-paciente (poucas consultas) e Crenças e expectativas (percepção do tratamento como um todo, sendo trabalhoso, demandante), ou seja, deveu-se a outras questões implicadas nas percepções acerca do tratamento.

A dimensão Antecedentes de não adesão, o maior escore médio, representou um desalinhamento com as questões referentes ao sofrimento psíquico relacionados às dificuldades de aceitação e elaboração do diagnóstico, às necessidades de tornar oculto o momento da medicação e às reações adversas a ela. A discrepância pode-se considerar à luz do tamanho reduzido da amostra. Ademais se pode ponderar o fato de que algumas pessoas possam ter menor facilidade em acessar e traduzir as angústias de viver e se adaptar com esta condição sorológica, o que obstaculizaria o entendimento adequado das perguntas que se referiam à dimensão. Conforme podemos visualizar a partir das respostas dos participantes, o instrumento, além de possibilitar a percepção dos padrões irregulares de administração dos antirretrovirais, as reações adversas a estes ou os eventos desfavoráveis pré toma, também se mostrou um eficaz disparador das questões emocionais referentes às representações da infecção pelo vírus HIV e dos obstáculos na aceitação deste diagnóstico.

Acerca do fato de que a maioria das pessoas envolvidas neste estudo tinha consciência de suas limitações com o tratamento, suscita questionamentos em relação aos motivos de sua manutenção, mesmo exaustivamente esclarecidos sobre suas consequências.

As adversidades referentes ao diagnóstico e a sua elaboração explicam o fato de apenas 20% da amostra terem conseguido manter os resultados positivos do feedback, seja mudando o comportamento de coleta de medicamentos ou refletindo na diminuição da carga viral. Os outros 20%, apesar de uma movimentação no sentido de aderir, aumentando a constância da retirada dos antirretrovirais, acabaram por voltar à irregularidade ou ao provável abandono da medicação.

De posse dos achados neste estudo e das experiências desenvolvidas no serviço, reafirma-se a importância de se desenvolver e utilizar ferramentas que nos auxiliem no trabalho das questões que emergem do viver com HIV. Reitera-se a existência de menor habilidade ou recurso que algumas pessoas possuem para acessar ou reconhecer em seus pensamentos e emoções. É inadiável traduzir e trabalhar no sentido de ressignificar o sofrimento de quem se depara com uma nova condição de saúde crônica e carregada de estigma (FUSTER-RUIZ DE APODACA, MOLERO & UBILLOS, 2016).

Nesse sentido, os escores obtidos pelos quatro participantes no CEAT-VIH que apresentaram melhora na constância da retirada dos antirretrovirais,

comparados aos que não registraram mudanças neste padrão, sugerem que quanto menores os valores nas dimensões do instrumento, maior poderão ser as dificuldades para a alteração dos comportamentos de não adesão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CEAT-VIH denotou-se útil no sentido de revelar as questões subjacentes à irregularidade na observância dos antirretrovirais, e parece ter auxiliado a despertar maior consciência da importância da adesão ao tratamento, no sentido de que se verificou a alteração no comportamento de coleta dos antirretrovirais de alguns participantes. No entanto, evidenciou-se que a constância dos resultados obtidos, depende da intensidade das dificuldades de aceitação, referentes às representações da infecção pelo vírus HIV. As experiências no acompanhamento psicológico aos pacientes atendidos no serviço onde foi realizado o presente estudo, somados aos resultados obtidos no mesmo, bem como aos achados da literatura científica, indicam a urgência de que se priorize o cuidado com as questões emocionais das pessoas com infecção pelo HIV. A esse respeito, as verbalizações e relatos acerca do que significa viver com um vírus repleto de conceitos sociais negativos demonstram a ocorrência de um sofrimento psíquico significativo, que influencia e impossibilita consideravelmente o tratamento de forma geral. Nesse sentido sugere-se o uso do CEAT-VIH como meio de feedback da adesão ao tratamento, seguido de acompanhamento psicológico que busque contemplar o sofrimento emocional relativo a sorologia.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.P. 279

BRASIL, Boletim Epidemiológico Aids – DST. Ano V, n.01 até semana epidemiológica 26^a, Brasília:dezembro de 2016.

BRASIL, Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Diário Oficial da União 1996. Recuperado em 26 janeiro, 2017, de <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei9313.htm>.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2017. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids noBrasil. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis. n. 01. Brasília: dezembro de 2015.

BRITO, A. M. De Szwarcwald C. L. & Castilho, E. A. de. (2006). Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte.

BRASIL, 1999 - 2002. Revista da. Associação Médica Brasileira, 2(52), 86-92. <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contr-o-hiv-eaids>

FUSTER-RUIZ DE APODACA, M.J.; MOLERO, F., & UBILLOS, S. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192121>

JACQUES, I. J. A. A.; SANTANA, J. M.; MORAES, D. C. A.; Souza, A. F. M.; Abrão, F. M. S. & Oliveira, R. C. (2014). Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral entre Pacientes em Atendimento Ambulatorial. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(4), 303-308.

LORSCHIEDER, J. A., GERÔNIMO, K. & COLACITE, J. (2012). Estudo da adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS de pacientes atendidos no município de Toledo/PR. *Acta Biomedica Brasiliensia.*; 3(1), 41-51.

MELCHIOR, R.; NEMES, N. I. B.; ALENCAR, T. M. D. & BUCHALLA, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 87-93. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C. de; & COSTA, S. F. G. (2014). Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. *Escola Anna Nery*, 18(4), 676-68

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, O. L. C. & ANDRADE, M. S. (2015). Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4): 3563-3573.

MORAES, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32.

POLEJACK, L. & SEIDL, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1201-1208.

REMOR, E. (2002) Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.

_____. (2013). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 6 (2), 61-73.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; & PREUSSLER, G. (2007). Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.

REIS, A. C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M. P. & REMOR, E. (2010). Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429.

ROSENTHAL, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research (revised)*. Newbury Park, CA: Sage.

SHAUGHNESSY, J.J., ZECHMEISTER, E. B. & ZECHMEISTER, J. S. (2012) *Metodologia de Pesquisa em Psicologia (Costa, R. C., Trad.) (9ª Ed.)*. Porto Alegre: AMGH.

SILVA, A. L. C. N. da; WAIMAN, M. A. P.; & MARCON, S. S. (2009). Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 213-220. Recuperado 12 novembro, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200900020000

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M. de & SILVA, C. A. L. da. (2015). Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1188-1198. Recuperado 24 outubro, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188

SILVA, R. A. R.; NELSON, A. R. C.; DUARTE, F. H. S.; PRADO, C. C. P.; HOLANDA, J. R. R. & COSTA, D. A. R. S. (2017) Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes com Aids. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 15-20.

STRAUB, R. O. (2014). **Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial**.
Porto Alegre: Artmed. 3^a. Edição.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário pós aplicação do CEAT-VIH

1. O seu escore em cumprimento do tratamento foi [...], isso indica que [...]. Até que ponto você percebe que esta informação reflete o seu grau de cumprimento do tratamento? O que o Sr./Sra. Poderia me comentar a esse respeito?
2. O seu escore em antecedentes de falta de adesão foi [...], isso indica que [...]. Em outras palavras, observamos que algumas pessoas com HIV às vezes identificam situações /eventos que próximos ao horário da toma dos ARVs, podem estar dificultando tomar a medicação. Até que ponto você percebe que esta informação (escore) reflete a sua situação? Como isso ocorre no teu caso?
3. O seu escore em comunicação médico-paciente foi [...], isso indica que [...].Você pensa que a informação do gráfico reflete a sua situação? O que poderia me comentar sobre isso?
4. O seu escore em crenças e expectativas sobre o tratamento foi [...], isso indica que [...].Como você avalia o seu resultado nesse aspecto? Qual você diria são suas percepções e expectativas como o tratamento que toma para o HIV?
5. O seu escore em satisfação com o tratamento foi [...], isso indica que [...]. Fez sentido para você o resultado indicado pelo teste? O que poderia me comentar sobre isso?
6. O seu escore global de adesão ao tratamento foi [...], isso indica que [...].O que você pensa sobre o resultado? O que pode me comentar sobre isso?
7. Agora considerando toda a informação que eu lhe apresentei, o questionário e seus resultados, qual é a avaliação que você faz? Foi útil? Como se sentiu? Acha que muda alguma coisa depois de ter escutado esta informação? Por favor, comente qualquer coisa que você ache importante.

Espaço para discussão/comentários.



Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral

O iCEAT^{viih} é um instrumento de avaliação gratuito, cientificamente validado, disponível online (compatível com dispositivos móveis) para a auto-avaliação da adesão ao tratamento de pessoas HIV+ em tratamento antirretroviral.

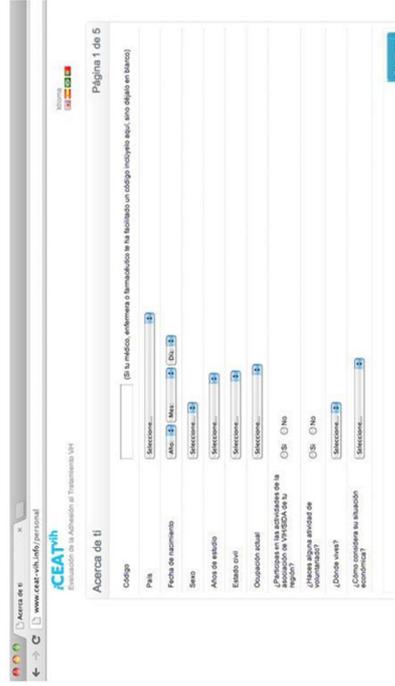
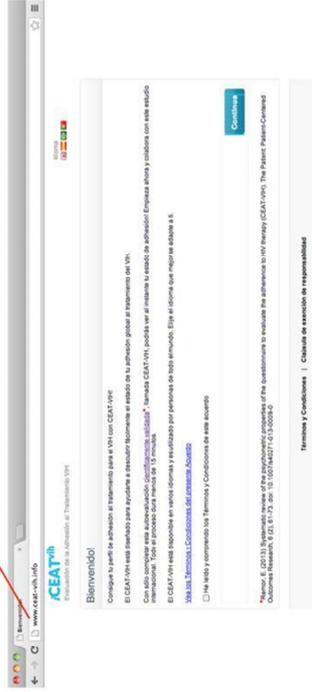
Para começar:

1. Aceda ao enlace www.ceat-vih.info
2. Escolhe o idioma de preferência (espanhol, português ou inglês)
3. Aceita os termos e condições de uso
4. Completa o questionário online

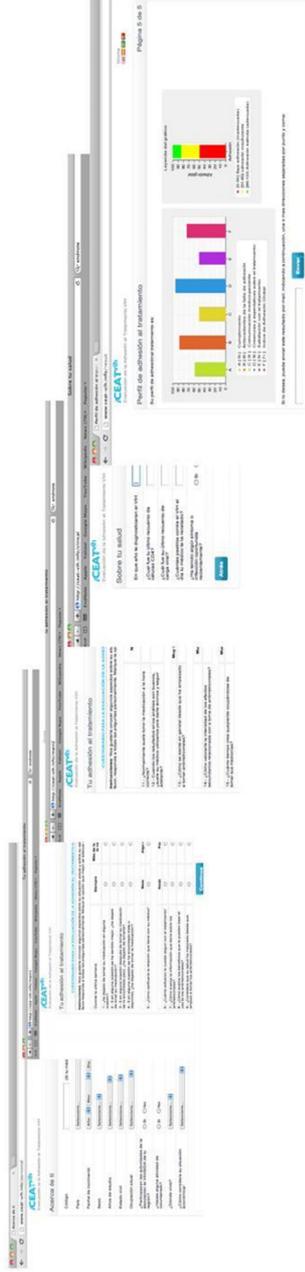
ANEXO B: CEAT-VIH-INFO

Informação em português

www.ceat-vih.info



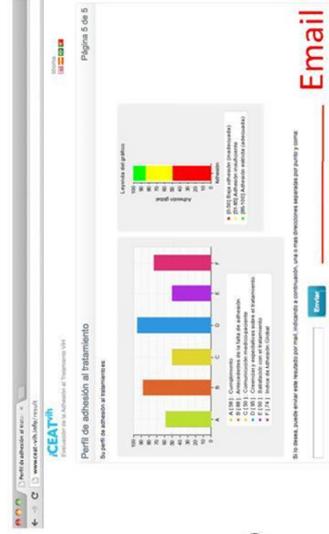
ANEXO C: CEAT-VIH-INFO



O *iCEAT^{VIH}* se responde em uns minutos e em só 5 passos. Ao finalizar o questionário se obtém um perfil que reflete o nível de adesão global ao tratamento, e informação sobre cinco indicadores importantes que explicam seu comportamento de adesão.

Esta informação pode ser enviada a uma conta de email.

Ao enviar o perfil do *iCEAT^{VIH}* a seu email, também receberá a descrição do significado de cada um destes indicadores avaliados.



Para informação adicional contacta com o autor no email: ceat.vih@gmail.com