

## Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG

*Barriers and facilitators aspects of adherence to antiretroviral therapy in Belo Horizonte-MG*

*Barreras y aspectos facilitadores de la adhesión a la terapia antirretroviral en Belo Horizonte-MG*

**Walquíria Jesusmara dos Santos<sup>I</sup>, Eliane Freitas Drumond<sup>II</sup>, Adriana da Silva Gomes<sup>III</sup>,  
Cristal Marinho Corrêa<sup>IV</sup>, Maria Imaculada de Fátima Freitas<sup>V</sup>**

<sup>I</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestranda). Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>II</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Epidemiologia e Informação, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>IV</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>V</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte-MG, Brasil.

**Submissão:** 28-09-2010 **Aprovação:** 04-01-2012

### RESUMO

O objetivo desse estudo foi conhecer dificuldades e aspectos que facilitam a adesão à terapia antirretroviral (TARV) por pessoas com HIV/AIDS. Estudo qualitativo, desenvolvido junto a 26 sujeitos em uso de TARV, acompanhados por serviço de referência em Belo Horizonte, Minas Gerais. A análise das entrevistas, no que se refere às dificuldades encontradas, resultou em categorias relativas ao cotidiano de vida, às representações sobre o HIV e à complexidade do tratamento. Quanto aos aspectos facilitadores, as categorias encontradas foram a ausência de efeitos colaterais, lembrança dos sintomas da doença, aumento da sobrevivência e influência da rede social. Os resultados mostram a importância de acompanhamento efetivo dos profissionais dos serviços para construir, junto com os sujeitos, estratégias que melhorem a adesão à TARV.

**Descritores:** HIV; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Adesão à medicação; Terapia antirretroviral de alta atividade.

### ABSTRACT

The aim of this study was to know the constraining and facilitating aspects of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) among people with HIV/AIDS. This was a qualitative study, carried out with 26 individuals receiving HAART and assisted by a referral service in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The analysis of the interviews regarding the constraints found by users, resulted in categories relating to Day-by-day life, HIV representations, and the complexity of the treatment. As for the facilitating aspects, the categories found were absence of side effects, remembering the symptoms of the disease, improved survival, and influences from the social networks. Results have shown the importance of an effective follow-up so that health care professionals can build strategies to improve adherence to HAART together with the individuals.

**Keywords:** HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Medication adherence; Highly active antiretroviral therapy.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer los problemas y aspectos que facilitan la adherencia a la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) para las personas con VIH/SIDA. Estudio cualitativo, realizado con 26 sujetos en uso de TARAA, seguidos en un servicio de referencia en Belo Horizonte, Minas Gerais. El análisis de las entrevistas con respecto a las dificultades encontradas, resultó en categorías relacionadas con la vida cotidiana, con las representaciones sobre el VIH y con la complejidad del tratamiento. En cuanto a los factores que favorecen, las categorías fueron ausencia de efectos secundarios, la memoria de los síntomas de la enfermedad, el aumento de la supervivencia y la influencia de las redes sociales. Los resultados muestran la importancia de una supervisión eficaz de los profesionales de servicios para que integren, junto con los temas, las estrategias para mejorar la adherencia al TARAA.

**Palabras clave:** VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Adhesión a la medicación; Terapia antirretroviral altamente activa.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Walquíria Jesusmara dos Santos E-mail: waljsantos@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Com 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo até o ano de 2008 e 2,7 milhões de novos casos em 2007, a epidemia do HIV continua a ser um grande desafio para a saúde pública global. Os acordos políticos e financeiros firmados entre os países em meados de 2003 e 2006 resultaram em aumento do acesso aos serviços de referência em HIV nos últimos anos, entretanto a incidência do HIV permanece elevada<sup>(1)</sup>.

O acesso à terapia antirretroviral (TARV) se expandiu rapidamente nos últimos anos. No final de 2008, mais de quatro milhões de pessoas estavam em uso de TARV nos países em desenvolvimento, o que significou um aumento de mais de um milhão de pessoas (36%) se comparado aos dados de 2007 e uma expansão de 10 vezes em cinco anos<sup>(1)</sup>.

O sistema de saúde brasileiro distribui medicamentos para doenças oportunistas desde 1988 e zidovudina desde 1991<sup>(2)</sup>. Porém, foi em 1996, que de forma pioneira e inovadora, dentre as estratégias implantadas para o controle da epidemia, que o Brasil sancionou a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 que garantia acesso universal e gratuito de medicamentos às pessoas com HIV/AIDS<sup>(3-4)</sup>. Esse ano representou um marco na epidemia da AIDS, pois foi nesse período que se deu o advento de novas classes de medicamentos antirretrovirais (ARV), os inibidores de protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos e, a partir daí, foi proposto o tratamento com a associação de drogas ARV<sup>(5-7)</sup>.

Esse desenvolvimento tecnológico mudou o perfil da epidemia no sentido de sua cronificação, dando oportunidades aos indivíduos com HIV/AIDS de viver com a doença e não para a doença como no período inicial da epidemia. Isto é, a terapia antirretroviral (TARV) possibilitou transformar uma síndrome que anteriormente era percebida culturalmente como resultado de uma morte anunciada em uma doença com perspectivas de cronicidade<sup>(5)</sup>.

Esta terapêutica têm propiciado benefícios consideráveis ao seu usuário como aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares e da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV/AIDS<sup>(8)</sup>. O Ministério da Saúde aponta que, dez anos após a implementação dessa política no Brasil, 180 mil pessoas já estavam em tratamento no país e houve redução de 34% na mortalidade e de 70% na morbidade dos casos de AIDS, considerando-se somente o período entre 1996 e 2002<sup>(9)</sup>.

Porém, a adesão ao tratamento apresenta-se como um possível obstáculo para a melhoria desses índices, pois se encontra em um contexto de exigências e de reconstrução constante no cotidiano da pessoa vivendo com HIV/AIDS, pela cronicidade da doença. A não adesão ao tratamento pode levar à sua não efetividade, no plano individual, e à disseminação de vírus-resistência, no nível coletivo<sup>(10)</sup>.

Os termos adesão e aderência são derivados dos termos em inglês "compliance" e "adherence". O termo "adherence" vem se disseminando nos estudos por se referir a "concordância autônoma" dos sujeitos (ou *patient empowerment*), já o termo "compliance" se aproxima mais da idéia de

cumprimento de regras e prescrições (ou *physician control*)<sup>(10)</sup>. No Brasil, a aderência refere-se à conduta do indivíduo ao seguir as prescrições médicas, enquanto a adesão é entendida como uma atividade conjunta em que o indivíduo não apenas cumpre as orientações médicas como também entende e concorda com a prescrição, estabelecendo-se uma relação na qual são firmadas as responsabilidades de cada um no tratamento<sup>(6,8)</sup>. Compreende, portanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e integração de um regime terapêutico no cotidiano da pessoa, pressupondo sua participação na decisão sobre o mesmo<sup>(11)</sup>.

O critério mais utilizado para a definição da taxa de adesão necessária para a supressão viral é de 95% das doses prescritas<sup>(12-13)</sup>. Um estudo<sup>(12)</sup> com pacientes em uso de esquemas com inibidores de protease apontou que 81% dos pacientes com 95% ou mais de adesão obtiveram níveis de carga viral abaixo de 400 cópias/ml.

Entre os fatores que dificultam a adesão estão os inerentes aos regimes de tratamento, à complexidade de vida das pessoas que vivem com HIV, aos contextos socioeconômicos desfavoráveis e aos referentes ao acesso limitado à terapia antirretroviral<sup>(7)</sup>.

Este estudo é parte de projeto de pesquisa sobre a situação de adesão em serviço de saúde especializado para HIV/AIDS em Belo Horizonte, iniciado em 2007. A primeira etapa da pesquisa apontou diferentes aspectos relativos às dificuldades de adesão, mas o aprofundamento da visão dos próprios usuários não fez parte do projeto inicial, o que se mostrou necessário para compreender suas justificativas e implicações no tratamento.

Para se conhecer a adesão dos pacientes ao tratamento em um serviço de atenção especializado em HIV/AIDS - SAE Sagrada Família - de Belo Horizonte, Minas Gerais, foram coletados, inicialmente, dados de prontuário do total de pessoas atendidas.

Para classificação de não adesão, no prontuário, o serviço utiliza o relato dos pacientes sobre o uso incorreto dos antirretrovirais ou abandono do tratamento, dados clínicos e laboratoriais como o monitoramento periódico da carga viral, definidos pela avaliação médica. Para a pesquisa, além destes indicadores, também foi considerado o registro da dispensação de antirretrovirais (ARV) pela farmácia do serviço.

Em relação a estes últimos dados, foi possível avaliar 531 fichas de dispensação de medicamentos dos pacientes. Foram analisadas todas as dispensações dos ARV registradas mensalmente, ocorridas durante o ano de 2006 (de janeiro a dezembro de 2006). Foram obtidas informações sobre datas da primeira e das dispensações subsequentes, esquemas de ARV dispensados, número de comprimidos e dose de cada medicamento e ocorrência de trocas. Foram considerados como troca de esquema, a inclusão, exclusão ou ajuste de dose de, pelo menos, um ARV.

As dispensações dos ARV foram avaliadas pela quantidade utilizada para o consumo, considerando o tempo que o usuário levou para seu retorno previsto mensalmente à farmácia. O tempo entre as retiradas de ARV foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas das dispensações para os 12 meses avaliados até o 12º mês após a prescrição. Baseado na

distribuição dos intervalos de tempo entre as retiradas e no tempo mínimo esperado de 35 dias entre estas, considerou-se como retirada regular o intervalo de tempo de até 35 dias entre as dispensações de ARV, irregular como intervalo de tempo de 36 a 60 dias, e abandono como tempo superior a 60 dias. Para definir o ponto de corte de 35 dias, avaliou-se o conjunto dos intervalos de tempos transcorridos entre as dispensações (5232) realizadas aos 531 pacientes acompanhados no SAE. Foram considerados aderentes aqueles que não tiveram nenhum episódio de retirada irregular durante o período; não aderentes aqueles que tiveram pelo menos uma retirada irregular; e abandono de tratamento os casos em que o intervalo entre as retiradas foi maior que sessenta dias ou ausência de retorno por três meses consecutivos.

Entre os 620 pacientes acompanhados pelo serviço, de acordo com dados coletados em prontuários, 478 (77,1%) foram classificados como aderentes ao tratamento de acordo com os critérios descritos, 114 (18,4%) foram classificados como não aderentes e não foram encontrados registros da situação de adesão em 28 (4,5%).

Entretanto, de acordo com os critérios de classificação de adesão utilizados na análise das 531 fichas de dispensação de ARV da farmácia do serviço, foram encontrados 60,3% de não adesão, 25,5% de abandono do tratamento e somente 14,2% de adesão aos medicamentos.

A situação encontrada apontou a necessidade de aprofundamento, considerando-se a experiência social das pessoas vivendo com HIV/AIDS, por meio de seus relatos de vida e suas próprias avaliações de contexto. O presente estudo se inclui nessa perspectiva.

Apesar dos fatores de risco encontrados na literatura para não adesão à TARV serem relevantes e alguns desses fatores serem citados em vários estudos, os dados não são conclusivos e é de fundamental importância que os profissionais de saúde os conheçam em relação ao grupo específico de seus pacientes.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi conhecer as dificuldades e os aspectos que influenciam a adesão à TARV por pessoas com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Belo Horizonte.

## METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, inscrita na sociologia interpretativa<sup>(14)</sup>, realizada por meio de entrevistas abertas e em profundidade com sujeitos em uso de terapia antirretroviral (TARV), acompanhados no Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS - Sagrada Família, do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O período da coleta compreendeu o intervalo entre Dezembro de 2008 e Abril de 2009. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser maior de 18 anos, e fazer uso de medicamentos antirretrovirais há pelo menos um ano.

A escolha pelo SAE - Sagrada Família se justificou pela sua infraestrutura e experiência como referência municipal no atendimento a pessoas com HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, sendo um dos três serviços públicos

especializados de Belo Horizonte, anteriormente avaliado quantitativamente pelo grupo de pesquisa, no que se refere à situação de adesão à TARV da população atendida.

Foram realizadas 26 entrevistas no total, sendo que treze entrevistados eram reconhecidamente não aderentes à TARV e treze eram classificados como aderentes. A não adesão foi medida pelos registros dos prontuários dos pacientes e das fichas de dispensação dos ARV pela farmácia do serviço.

Para encontrar estas pessoas, foram utilizadas as informações constantes dos prontuários e do banco de dados da etapa quantitativa da pesquisa, divididos em aderentes e não aderentes em listas que incluíam a informação de autorização para contato em casa, caso necessário. Porém, para o primeiro contato, considerou-se mais apropriado fazê-lo após consulta de enfermagem ou médica no SAE porque havia maior possibilidade de se explicitar o objeto, objetivos e importância do estudo, marcando-se a entrevista para o mesmo dia ou posteriormente, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. O telefone foi, assim, utilizado para se confirmar datas e horários previamente agendados.

Para a coleta de dados os pesquisadores permaneceram no serviço em dias estipulados pelos profissionais e gerência, e contataram os indivíduos que compareceram às consultas médicas agendadas previamente. Os convites foram feitos até se atingir o número de entrevistas que conformaram categorias de interpretação da realidade sobre a experiência social do tratamento.

O número de entrevistados não foi, então, definido *a priori*. O critério de exaustividade de dados sobre o objeto pesquisado definiu a suspensão da coleta, sendo as entrevistas transcritas ao longo da coleta e analisadas por, pelo menos, dois pesquisadores do grupo, até se ter um acordo sobre a interrupção da coleta.

Os sujeitos foram informados quanto à natureza e finalidade da pesquisa, além de ter sido garantida a confidencialidade e anonimato das informações, bem como seu caráter voluntário. Os sujeitos foram informados que sua participação não interferiria em nenhum aspecto de seu tratamento. Obteve-se sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados em sala privativa por meio de entrevistas individuais abertas e em profundidade que foram gravadas, transcritas e, em seguida, analisadas por meio da Análise Estrutural de Narração descrita por Demazière e Dubar<sup>(15)</sup>, utilizando-se o software Nvivo® versão 2007 para organização dos dados qualitativos. Os autores citados defendem que a entrevista é uma construção do sujeito que fala, na relação com o entrevistador, sendo um encadeamento de descrições e julgamentos sobre fatos e pessoas, para se explicar e explicar o mundo. Assim tudo na entrevista tem sentido, mesmo que os objetos tratados pelo sujeito se apresentem sempre dispersos no decorrer desta. Por isto, a entrevista deve ser 'reconstruída' pelo pesquisador, encontrando-se as conjunções e disjunções sobre os objetos. A interpretação é, portanto, a reconstrução dos julgamentos de valor que o próprio entrevistado faz<sup>(15)</sup>.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Portaria nº 322/06) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Portaria nº 078/2006).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os vinte e seis entrevistados, treze estavam classificados anteriormente como aderentes e treze como não aderentes ao tratamento. A maioria (18) era constituída de homens. A faixa etária predominante era de trinta e cinco a quarenta e nove anos; doze entrevistados viviam com família constituída após casamento ou união estável e oito viviam sozinhos; vinte e dois se declararam como heterossexuais; onze tinham escolaridade de quatro a sete anos de estudo; dezesseis tinham emprego fixo; quinze afirmaram renda mensal de um a três salários mínimos, considerando o valor do salário mínimo da época (R\$350,00). Os demais tinham apoio de familiares ou bolsa família, além de fazerem 'bico', porque não tinham nenhum rendimento mensal fixo. A faixa etária, a situação conjugal, escolaridade e rendimentos deste grupo são compatíveis com o quadro da população de pessoas com HIV no país que mostra as tendências da AIDS no Brasil<sup>(16)</sup>.

A maioria é, portanto, pobre, com baixa escolaridade e afirma ser heterossexual, mesmo que alguns homens tenham se contradito, porque relataram também relações homossexuais. Na interpretação dos resultados, não foi possível relacionar as categorias subjetivas com estas variáveis objetivas, como encontrado na etapa quantitativa desse estudo. Porém as reflexões sobre as experiências sociais devido à infecção pelo HIV/AIDS mostraram-se como categorias fundamentais para se compreender a situação dos entrevistados.

O centro do presente estudo se encontra, então, na interpretação das dificuldades encontradas pelos entrevistados que interferiam ou os desestimulavam em aderir corretamente ao tratamento e os aspectos que os ajudavam ou motivavam a adesão.

### Aspectos dificultadores da adesão ao tratamento com ARV

A análise das entrevistas no que se relacionava às dificuldades encontradas pelos sujeitos na adesão ao tratamento resultou nas seguintes categorias: 1) relativas ao cotidiano de vida e às rotinas diárias; 2) relativas às crenças pessoais sobre o HIV; 3) relativas à medicação.

Na primeira categoria "Dificuldades relacionadas ao cotidiano de vida e às rotinas diárias", os entrevistados falaram sobre a influência do tratamento no seu estilo de vida, na sua rotina de trabalho e no planejamento das atividades do dia a dia. O tratamento antirretroviral impõe mudanças na rotina das pessoas como horários rígidos para medicação, acompanhamento por meio de consultas e exames no Serviço de Referência e essas mudanças interferem no cotidiano dos sujeitos.

*É difícil, tipo assim, fazer uma viagem, eu tomo remédio controlado todo dia, de mês em mês eu tô aqui, mês que vem eu tenho consulta de novo, então não posso viajar, né? (E5, homem, não aderente).*

Um estudo com adolescentes e adultos jovens<sup>(17)</sup> apontou que o esquecimento e as mudanças impostas na rotina diária são os principais obstáculos para a adesão. Segundo os autores, quando os horários de medicamentos coincidem com os compromissos da rotina das pessoas a adesão torna-se difícil. Os sujeitos em uso constante de antirretrovirais sentem que a medicação é uma espécie de prisão a qual estão submetidos e que suas vidas estão totalmente relacionadas às dosagens e horários impostos pelo tratamento. A gestão cotidiana do tratamento torna-se difícil pelo tempo que deve ser disponibilizado pela terapêutica<sup>(18)</sup>. O conhecimento do estilo de vida dos pacientes pelos profissionais de saúde pode aumentar a adesão por possibilitar a orientação e o desenvolvimento de um regime terapêutico que atenda às necessidades específicas da rotina do paciente<sup>(19)</sup>.

Na análise dos dados foram encontradas também relatos de dificuldades econômicas que prejudicaram a adesão à TARV. A interferência das questões financeiras esteve relacionada ao acesso deficitário ao serviço de saúde devido à falta de transporte gratuito e ao acesso limitado de alguns usuários a uma alimentação adequada.

*Eu tive muito obstáculo quanto a isso, por causa do transporte para vir fazer o tratamento. Eu sabia que eu precisava de tratamento, mas eu não tinha condição de pagar. Nem todo dia eu tenho quinze reais no bolso. É eu que sustento a família, então, não tinha condição! (E2, homem, não aderente).*

*Apesar de eu ter errado, inclusive na base do medicamento... Pra mim está sendo excelente, apesar de eu ter cometido minhas falhas, né? É, porque eu pensava assim: 'ah, o medicamento é muito forte, a alimentação tem que ser adequada' Depois eu conversei com o doutor, ele falou: 'você toma o seu medicamento, é prioridade!' (E6, homem, não aderente).*

Esses achados também foram encontrados em outros estudos<sup>(18,20-24)</sup>. Mesmo quando os sujeitos apresentam um elevado nível de compromisso com a medicação, fatores econômicos, em particular, o elevado custo de transporte para as visitas mensais ao serviço de saúde pode ser um desafio constante para o sucesso do tratamento, quando se trata de uma população com baixo poder aquisitivo<sup>(25)</sup>. Os custos com transporte podem ser substanciais, principalmente para aqueles pacientes que vivem em áreas rurais e ainda têm que pagar outras despesas como abrigo e alimentação<sup>(25)</sup>. Dificuldades relacionadas ao contexto de pobreza dos indivíduos podem restringir a capacidade destes de sustentarem o tratamento. Porém, dificuldades de transporte e níveis de nutrição inadequados são obstáculos difíceis de serem resolvidos pelos serviços de saúde<sup>(21)</sup>.

Dificuldades relacionadas às responsabilidades de trabalhar fora com as inerentes ao tratamento também foram relatadas pelos entrevistados, sendo que a escolha de alguns foi deixar de trabalhar por não conseguir associar as duas atividades.

*Então muda o ritmo mesmo. Para trabalhar, até para trabalhar. Eu não estou trabalhando. Eu até recusei serviço. Eu tinha que*

*ter o tempo integral. Aí o quê que ia acontecer? Eu ia ter que sair, eu ia ter consulta aqui, exame pra fazer. Trabalhar de noite, eu não posso perder sono. Eu não posso ficar sem dormir porque eu tomo remédio à noite. Aí eu falei: 'quer saber de uma coisa? Eu não vou...' (E16, homem, aderente).*

Há, também, situações descritas e justificativas que aparecem como negação da própria situação de não adesão ao tratamento, abrangendo essa relação com o trabalho.

*Quando eu chego no trabalho eu já tomei o medicamento, quando eu chego em casa eu tomo o outro. Eu tenho que manter o horário, eu não posso mudar de horário. Eu perguntei (para o médico) se o dia que eu trocasse de horário, que eu trabalhasse à noite se eu poderia tomar mais tarde (E2, homem, não aderente).*

Dificuldades em operacionalizar o uso regular de medicamentos com as atividades laborais também foram encontradas por outros autores<sup>(18)</sup>. A responsabilidade com o trabalho e as dificuldades financeiras podem ser mais importantes, do ponto de vista da pessoa que vive com HIV, do que a necessidade de cuidar da saúde. Além disso, um agravamento à saúde pode produzir limitações que, com frequência, repercutem nas atividades profissionais e, conseqüentemente, na sobrevivência das pessoas. Assim, a doença pode representar uma incapacidade para o trabalho e não somente um dano ao corpo<sup>(18)</sup>.

Da mesma forma como encontrado na literatura<sup>(26-32)</sup>, vícios como uso de álcool ou drogas podem interferir no uso correto da medicação. Falhas devido ao uso de álcool foram relatadas até mesmo por quem era considerado aderente ao tratamento:

*De vez em quando eu bebo um litro e meio, dois, três, depende. Pode ser uísque, pode ser vodca, pode ser tudo. Bom, se eu tomo no bar, chego em casa e falo: 'não vou tomar esse remédio hoje não. Não vai adiantar nada, vai queimar tudo lá, cheio de álcool no estômago'. Aí é que eu costumo falhar, mas é muito raro. (E22, homem, aderente).*

Pessoas infectadas pelo HIV que fazem uso de álcool têm pior aderência do que aqueles que não o fazem e o risco de abandono do tratamento aumenta com a gravidade do alcoolismo<sup>(29)</sup>. O álcool pode diminuir a adesão porque muitas pessoas podem deixar de tomar sua medicação por se sentirem intoxicadas por terem bebido, além de deixarem de tomar medicamentos para cumprirem suas funções sociais como ir a festas e bares, locais onde lhe são oferecidas bebidas<sup>(28)</sup>. Além disso, no Brasil existe a representação de que não se deve misturar bebidas e medicamentos, o que contribui para que, mesmo pessoas com boa adesão deixem de tomar seus medicamentos quando consomem bebidas alcoólicas, inclusive aquelas que só bebem socialmente<sup>(33)</sup>.

Outra categoria encontrada está relacionada às crenças pessoais dos sujeitos que dizem respeito à transmissão do vírus, ao diagnóstico de soropositividade e ao uso da medicação antirretroviral. A interferência dos pontos de vista dos sujeitos sobre a infecção na adesão aos medicamentos esteve

mais presente ainda no início do tratamento. A fala de E25, mulher, classificada como aderente no período de realização desse estudo reflete tal situação:

*Antes não estava dando certo porque eu não tomava os remédios direito. Porque eu achava que pra mim era ilusão. Eu pensava: 'com remédio, sem remédio esse negócio acaba'. Eu tinha esperança que ele ia acabar. Porque eu pensei assim: 'se eu peguei foi de um namorado, né? Eu não era garota de programa, foi só com o namorado, então do jeito que ele entrou ele saía'. Eu, pra mim, era assim. Igual quando a gente tá gripado toma um remédio, não sara? Eu pensei: 'às vezes nem tomando remédio a gripe passa'. Eu pensei que era tudo a mesma coisa. Eu comecei a passar mal, aí depois eu pensei: 'se eu não tomo esses remédios, o problema é só meu. Não é da médica, nem da minha família, não é de ninguém. Então não me custa nada pegar os três comprimidinhos, jogar na boca e tomar, não vai arrancar pedaço, não vai me fazer mal.' E com isso eu fui fazendo e hoje em dia eu tomo direitinho.*

Esse dado é condizente com o encontrado em outros estudos<sup>(20-21)</sup>. Um estudo realizado com profissionais de saúde de um serviço de referência apontou que certas crenças sobre a TARV foram consideradas uma barreira para a adesão<sup>(20)</sup>. As crenças a respeito das causas do HIV podem reduzir a motivação para o tratamento biomédico. Da mesma forma, equívocos e boatos relacionados ao tratamento antirretroviral também geram desconfiança e confusão, podendo influenciar negativamente a motivação para início ou seguimento da terapia<sup>(21)</sup>.

A maioria dos entrevistados relatou também a complexidade do tratamento como um aspecto dificultador da adesão à TARV, o que se encontra na terceira categoria "Dificuldades relacionadas com a medicação".

Dentro dessa categoria os efeitos colaterais foram considerados uma importante dificuldade inerente ao tratamento a ser superada.

*Se eu estiver em jejum eu não consigo, me dá muito enjojo, me dá tonteira. Eu sinto muita fraqueza, eu estou me sentindo fraca. Só depois do almoço vai melhor. Depois do almoço, quando é lá pras quatro horas eu animo, lavo roupa. Agora de manhãzinha, quando eu levanto, parece que eu tô muito fraca. Eu enjoava demais, fiquei uns três meses sem o medicamento. (E8, mulher, não aderente).*

*Só uma vez que o coquetel começou a fazer mal pra mim. Ele me dava tonteira, parecia que eu tinha bebido. Aí eu chamei a médica: 'olha, eu não vou ficar com esse remédio, porque, se eu levo meu menino pra escola e me dá uma tonteira na rua? Todo mundo vai achar que eu estou bêbada'. Ele está me pondo lerdinha, lerdinha e caindo. Os outros vão achar que eu estou bêbada! (E1, mulher, não aderente).*

A presença de efeitos colaterais também foi associada a não adesão em outros estudos<sup>(14,20,32,4-36)</sup>. A presença de efeitos colaterais é a principal dificuldade que os sujeitos relatam enfrentar

no início do tratamento, mas com a adaptação ao tratamento eles aprendem a identificar e a lidar com essas reações<sup>(34)</sup>. Quanto maior o número de efeitos colaterais percebidos pelo usuário, menor será sua adesão aos medicamentos<sup>(37)</sup>. Isto aponta para a importância de um bom acompanhamento dos profissionais de saúde, principalmente no início do tratamento.

A quantidade de medicamentos impostos em alguns esquemas de tratamento também foi encontrada na literatura<sup>(20,22,31,38-39)</sup> como mais um fator que prejudica a adesão à TARV.

Um estudo recente<sup>(38)</sup> apontou que a redução do número diário de pílulas do regime terapêutico aumentou consideravelmente a adesão. Este dado também se apresentou no presente estudo como um importante aspecto que pode interferir no uso correto da medicação e para o qual é necessária atenção individualizada e pertinente:

*Só no princípio que eu comecei a não tomar o remédio direito. Era muito remédio! Aí depois eu falei assim: 'se eu quiser viver, eu vou ter que tomar direitinho'. Aí eu comecei a tomar direitinho, conversava com a médica, com as psicólogas, elas me explicavam direitinho, aí comecei a tomar direitinho e estou tomando (E18, homem, aderente).*

Os cuidados com alguns medicamentos, principalmente quando estes necessitam de refrigeração, foi outro aspecto definido na interpretação dos dados, que influencia a adesão à medicação:

*Igual foi há pouco tempo atrás: eu tomo um medicamento que tem que ficar na geladeira. Aí eu fui lá para o Espírito Santo, depois fui para a Bahia, depois fui para Brasília, aí depois voltei para o espírito Santo de novo. Fiz esse círculo aí, fiquei indo e voltando num bocado de lugar. Então me atrapalhou nessas questões (E9, homem, não aderente).*

Várias dificuldades relatadas, principalmente nas falas dos aderentes, se referem às dificuldades encontradas no início do tratamento. Sabe-se que nesse período é primordial que a equipe de saúde envide esforços para acolhimento e acompanhamento da adaptação do paciente para evitar abandono ao tratamento e garantir uma boa adesão futura<sup>(30)</sup>.

#### Aspectos facilitadores da adesão à TARV

No que se refere à compreensão sobre os aspectos que facilitaram a adesão, foram encontradas as seguintes categorias: 1) Ausência de efeitos colaterais; 2) Lembrança viva dos sintomas da doença; 3) Manutenção da saúde e aumento da sobrevida; 4) Influência da rede social.

Da mesma forma que a presença de efeitos colaterais se mostrou um aspecto desmotivador ou um obstáculo para o seguimento correto do tratamento, a sua ausência, a sensação de se sentir bem fazendo uso de medicação se mostrou um aspecto que facilita a adesão à TARV.

*Não teve efeito colateral nenhum, nunca houve a necessidade de mudança de medicamento. Inclusive hoje estou 100% (E21, homem, aderente).*

A ausência de efeitos colaterais como um aspecto facilitador da adesão é condizente com outros estudos<sup>(37,40-41)</sup>. Entretanto, alguns estudos<sup>(22,39)</sup> apontam que a ausência de efeitos colaterais pode propiciar a não adesão. Isso pode acontecer devido a uma falsa crença de que a presença de efeitos colaterais demonstra a ação dos medicamentos. A representação é de que, para ser eficaz, o medicamento deveria apresentar tais efeitos. Além disso, para estes autores, indivíduos que são não aderentes podem não ter apresentado os efeitos por não ingerirem corretamente os medicamentos e, consequentemente, abandoná-los por considerá-los ineficazes<sup>(39)</sup>. Porém, estes achados citados não foram constatados na presente pesquisa, mas pode-se supor que alguns sujeitos tendem a manter uma 'ilusão positiva', negando 'conscientemente a si mesmos' qualquer evento que possa atrapalhar seu desejo de se sair bem no tratamento e ser mais forte do que os percalços que daí advierem<sup>(42)</sup>. Esta autora afirma que "certas distorções limitadas do real, favoráveis à imagem de si mesmo, garantem melhor o dinamismo e a saúde mental do que um realismo objetivo, em muitos casos"<sup>(42-43)</sup>. Assim, alguns, sem mentir 'conscientemente a si mesmos' escolhem, entre as diversas interpretações plausíveis aquela que lhe arranja melhor.

*Eu tenho certeza que não preciso dele, mas como não me afeta em nada, eu tomo. Se ele tivesse me proporcionando qualquer coisa estranha eu parava. É a mesma coisa de tomar água, água pura (E20, homem, aderente).*

Outro aspecto considerado como motivador para o uso correto da medicação é quando o sujeito já foi acometido pelos sintomas da AIDS no início da infecção ou em períodos de não adesão. A lembrança dos sintomas da doença faz com que indivíduos façam uso correto da medicação por medo de conviver novamente com as doenças oportunistas e hospitalizações.

*Quando eu saí do hospital eu falei: 'se eu não fizer o tratamento, aí vai ser pior porque eu não vou morrer de uma vez, vou morrer aos poucos e ainda vou dar trabalho. E optei por fazer o tratamento. Ah! No estado em que eu fiquei e chegar ao ponto que cheguei... Nossa! Não gosto nem de me lembrar! Eu fiquei pele e osso... Nossa! Quando eu lembro o que passei, Deus me perdoe! Por isso tomo o remédio direitinho com medo de voltar. E eu sei que se eu não tratar é arriscado a voltar, né, ter a mesma recaída! (E26, mulher, aderente).*

Esse dado foi encontrado também em outros estudos<sup>(19,41)</sup>. Pessoas infectadas pelo HIV costumam referir não querer viver novamente a situação de quando estiveram sintomáticos, e por isso podem tentar seguir corretamente o tratamento<sup>(41)</sup>.

Muitos entrevistados relataram que, quando tomaram consciência que não estavam condenados à morte por terem sido infectados pelo HIV e que era possível, com os uso de medicamentos, aumentar a sobrevida e viver com qualidade, se sentiram motivados a fazer o tratamento.

*Eu queria era a minha saúde, eu queria lutar! E depois eu fui começar a compreender que a vida não tinha acabado*

*pra mim, que eu tinha uma vida pela frente” (E22, homem, não aderente, mas querendo conseguir fazer o tratamento).*

Alguns, como E23, conseguiram retomar antigos projetos de vida:

*Desde que eu descobri... eu tinha sonhado em ter uma casa, né? Mas aí, desde que eu vi que tomando o remédio dava pra ficar mais um tempo, deu pra melhorar bastante a minha vida, aí eu... já que eu estou tomando remédio e estou me sentindo bem, eu vou construir alguma coisa para os meus filhos (E23, mulher, aderente).*

Vários outros estudos<sup>(18,20-21,40,44-45)</sup> também relataram os benefícios percebidos pelo uso da TARV como um aspecto facilitador da adesão. Experimentar resultados fisiológicos positivos com o uso da TARV pode facilitar a adesão, pois pessoas motivadas e confiantes na medicação se sentem mais responsabilizadas para seguir o tratamento<sup>(21)</sup>.

Além do sentimento de poder continuar devido aos bons resultados com o tratamento, um aspecto facilitador fundamental encontrado diz respeito às relações sociais. Possuir vínculos estreitos com os membros da rede social, principalmente familiares, facilitou a adesão à TARV.

*Olha, o que me faz tomar meus remédios direito... Porque eu fico pensando assim: ‘meus meninos hoje tem... a minha menina tem dez e o meu menino tem nove e eu quero ver eles crescer, casar. Eu quero viver, ficar velho. E eu acredito nisso, que eu não vou morrer, que eu vou ver meus filhos crescer. Todo dia que eu tomo os remédios eu penso só nisso, só nisso! Porque é muito bom você acordar e meus meninos... todo dia eu acordo, eles estão no quarto deles, eles chegam e me abraçam, me beija... pai... E aqui pra mim é tudo, tudo mesmo! (E18, homem, aderente).*

*Nós (ele e parceiro) somos amigos um do outro. Fazemos o tratamento aqui no mesmo lugar, tomamos o mesmo medicamento. Então, eu não deixo ele esquecer de tomar o medicamento, estou sempre cobrando. Então, é um ajudando o outro. Nesse sentido é muito tranquilo um com o outro (E19, homem, aderente).*

*Sempre que eu tenho minhas consultas, eu informo pra ela (esposa). Eu faço os exames aí eu mostro pra ela. Agora ela deve estar me ligando porque sabe que eu tenho consulta, pra saber como é que tá. Eu tô com um resfriado essa semana, aí ela deve estar ligando pra saber o quê que o médico falou. Se ele me passou algum remédio... (E17, homem, aderente).*

Vários estudos<sup>(20-21,24,35,46-50)</sup> apontam que o apoio ofertado às pessoas que vivem com HIV/AIDS pela sua rede social pode influenciar a adesão ao tratamento antirretroviral.

A existência de sistemas de apoio, o tipo de apoio e a sua eficácia percebida por parte do usuário são aspectos que facilitam a adesão<sup>(37)</sup>. Os membros da família prestam mais apoio

em questões relacionadas à soropositividade do que amigos, profissionais de saúde e líderes religiosos<sup>(51-52)</sup>. A preparação dos sujeitos para a adesão à TARV pelos profissionais de saúde deve acontecer principalmente antes da prescrição da medicação e no início do tratamento e deve incluir uma discussão sobre as fontes de apoio disponíveis<sup>(49)</sup>.

Outro aspecto importante nessa categoria é o apoio social ofertado pelo Serviço de Saúde. Todos os entrevistados relataram satisfação com a assistência e apoio da equipe de saúde no tratamento. Alguns relataram que o cuidado da equipe de saúde foi importante para ajudá-los no enfrentamento do problema e no tratamento.

*É no começo eu comecei a distrair por causa dos remédios, sabe, deixava de tomar a dose, uma coisa assim, e sempre quando eu chegava conversava com a doutora... Ela sempre me ajudava, ajudava não, me ajuda muito até hoje. Sempre quando eu consultar no consultório com ela, ela perguntava: ‘como é que você está?’ Porque eu sempre trazia os remédios, né? ‘Tá sobrando remédio aqui!’ eu tinha que explicar tudo pra ela, né? Por que eu vou mentir? Mentir pra mim mesmo? (E5, homem, não aderente).*

*Agora, aqui, todo mundo sabe. Aqui todo mundo sabe, já me conhece mesmo! Também já faz sete anos que eu venho aqui. Eu devo muito a ela (médica) e as meninas, que elas me ajudou muito. Quando eu cheguei aqui, na época eu mexia com tóxico, bebia, fumava e eu era toda ‘espíradona’ mesmo. Aí, eles foi me dando conselho, foi me ajudando, aí eu consegui parar com a maconha. Primeiro eu parei com a bebida, depois eu parei com a maconha. E elas foi me ensinando a viver com o HIV, que eu não era a primeira e nem a única, que tudo podia acontecer. Se elas não me ajudam, eu ia pra debaixo do poço. Aí elas me ajudou bastante que a minha cabeça chegou toda no lugar (E25, mulher, aderente).*

Outros estudos<sup>(21,24,35)</sup> também apontam para a influência do vínculo entre profissional de saúde e paciente na adesão. As discussões entre médicos e pacientes e um diálogo aberto com orientações sobre o tratamento, seus efeitos colaterais e as dificuldades encontradas pelos pacientes em seu seguimento podem incentivar ou, se ausente ou errada, desencorajar a adesão ao uso de drogas antirretrovirais ou favorecer seu abandono<sup>(19)</sup>. Quando a relação do paciente com o profissional de saúde se caracteriza por satisfação da relação, confiança para expressar dúvidas, percepção positiva sobre a competência do profissional, amabilidade no trato, empatia e confiança, essa relação favorece a adesão ao tratamento<sup>(37)</sup>.

Ao comparar aspectos dificultadores com facilitadores, ressalta-se que a categoria que pode ser denominada ‘rede social’ aparece fortemente entre os aderentes, mas não está presente na mesma intensidade nas narrações dos sujeitos não aderentes, sendo que estes descrevem relações fragmentadas e falta de apoio na família, amigos, etc. Tal resultado aponta para a importância da rede social como um aspecto que deve ser melhor enfrentado junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão à TARV é a principal variável sobre a qual os serviços de saúde podem intervir para aumentar a eficácia do tratamento e diminuir a chance do surgimento de resistência do HIV aos medicamentos ARV. Este estudo abordou aspectos importantes para a abordagem de práticas de incremento da adesão ao tratamento antirretroviral nos serviços de referência para HIV/AIDS.

Os sujeitos envolvidos nesse estudo revelaram suas dificuldades e motivações para a adesão ao tratamento. Dentre os aspectos dificultadores destacaram-se aqueles relacionados à conciliação entre exigências impostas pelo tratamento e atividades cotidianas, às representações sobre HIV e TARV e aqueles inerentes à complexidade do tratamento.

Pode-se ressaltar que grande parte dessas dificuldades surge no início do tratamento, momento que requer maior envolvimento entre profissionais de saúde e pacientes. Dificuldades decorrentes da adaptação da medicação às atividades diárias e às representações sobre o tratamento podem ser minimizadas com o fortalecimento do vínculo entre as partes envolvidas e o desenvolvimento de uma escuta qualificada por parte do profissional de saúde que facilite o diálogo com busca de soluções conjuntas e ressalte a corresponsabilização no tratamento. Dificuldades relacionadas à medicação podem ser superadas adaptando-se horários do tratamento ou com a troca da medicação.

Dentre os aspectos relatados como facilitadores da adesão à TARV destacaram-se a lembrança de sintomas da AIDS, a

percepção do aumento da sobrevida e o vínculo estabelecido com membros da rede social do infectado.

Esses dados apontam para a importância de uma discussão entre profissionais de saúde e usuários a respeito das vantagens obtidas na adesão ao tratamento visando um maior envolvimento do usuário na manutenção de sua saúde. A influência da rede social do infectado se destaca como um aspecto motivador da adesão ao tratamento. A partir daí, os serviços de saúde podem criar estratégias de identificação e envolvimento da rede social de suporte no tratamento de pessoas que vivem com HIV.

Os serviços de saúde são locais privilegiados e estratégicos para promover intervenções como provedores de informações sobre a importância da adesão, adequação do tratamento na rotina de vida do paciente, além de poder oferecer suporte clínico para as toxicidades e para as dependências químicas.

Para aumentar a adesão à TARV é necessário que os serviços de saúde conheçam as especificidades e dificuldades materiais e psicossociais de cada usuário em terapia antirretroviral, para desvelar aspectos que podem motivá-lo no seguimento do tratamento.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos profissionais do SAE-Sagrada Família, SMSA-Belo Horizonte, pela disponibilidade e apoio na coleta dos dados; à FAPEMIG pelo financiamento da pesquisa, por meio dos programas PPSUS (CDS 3244/06) e PPM II 2010; e ao CNPq, programa PIBIC

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization 2009. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector : progress report 2009.
2. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40 (Supl): 70-9.
3. Ministério da Saúde. Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira. Brasília (DF); 1999.
4. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *CAD Saúde Pública* 2007; 23 (Sup 3):345-9.
5. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. *Rev Enferm UERJ* 2006, 14(3): 455-62.
6. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev Latino- Am de Enfermagem* 2005, 13(5):634-41.
7. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à Terapia Anti-Retroviral (HIV/Aids): Fatores Associados e Medidas de Adesão. *Epidemiol Serv Saúde* 2007;16(4): 261-278.
8. Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral. Programa Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. 1999. Disponível em: < [www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html](http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html) >. Acesso em: 06 jul. 2010.
9. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Fortalecimento das Ações de Adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília; 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
10. Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo: NepAids 2000. Disponível em: < [http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/ta\\_dificil.pdf](http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/ta_dificil.pdf) >. Acesso em: 06 jul. 2010.
11. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST, Brasília-DF 2008. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008\\_vers%E3o1\\_6.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf) >. Acesso em: 06 jul.2010.



12. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133(1):21-30.
13. Tessema B, Biadglegne F, Mulu A, Getachew A, Emmrich F, Sack U. Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy* 2010; 7:2-8.
14. Petitat A. *Secrets et formes sociales*. Paris: PUF, 1998.
15. Demazière, D, Dubar, C. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, 1997. 287 p.
16. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids - Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84. Brasília-DF, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 06 jul. 2010.
17. Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, Muenz LR. Barriers to HAART Adherence Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:249-255
18. Teixeira MG, Silva GA. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(4): 729-36.
19. 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; 21(5):1424-32.
20. Sanjobo N, Frich JC, Fretheim A. Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study. *Sahara J* 2008; 5(3):136-43.
21. Roura M, Busza J, Wringe A, Mbata D, Urassa M, Zaba B. Barriers to Sustaining Antiretroviral Treatment in Kisesa, Tanzania: A Follow-Up Study to Understand Attrition from the Antiretroviral Program *AIDS Patient care and STDs* 2009; 23(3):203-10.
22. Colombini MRC, Lopes MHB, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/Aids. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4): 576-81.
23. Biadgilign S, Deribew A, Amberbir A, Deribe K. Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among HIV-infected paediatric patients in Ethiopia: A qualitative study. *J Social Aspects of HIV/AIDS* 2009; 6(4):148-154.
24. Beyene KA, Gedif T, Gebre-Marian T, Engidawork E. Highly active antiretroviral therapy adherence and its determinants in selected hospitals from south and central Ethiopia. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety* 2009;18:1007-1015.
25. Tuller DM, Bangsberg DR, Senkungu J, Ware NC, Emenyonu N, Weiser SD. Transportation costs impede sustained adherence and access to HAART in a clinic population in southwestern Uganda: a qualitative study. *AIDS Behav* 2010; 14(4):778-84.
26. Leserman J, Ironson G, O'Cleirigh C, Fordiani JM, Balbin E. Stressful Life Events and Adherence in HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22(5):403-411.
27. Bonolo PF, Machado CJ, César CC, Ceccato MGB, Guimarães MDC. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(11):2603-13.
28. Cook RL, Sereika SM, Hunt SC, Woodward WC, Erlen JA, Conigliaro J. Problem Drinking and Medication Adherence Among Persons with HIV Infection. *J. Gen. Intern. Med* 2001;16:83-88.
29. Parsons JT, Golub SA, Rosof E, Holder C. Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioral Intervention to Improve HIV Medication Adherence Among Hazardous Drinkers: a Randomized Controlled Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 46(4):443-450.
30. Gomes RRFM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(3):495-506.
31. Silva MCF, Ximenes RAA, Miranda Filho DB, Arraes LWMS, Mendes M, Melo ACS, Fernandes PRM. Risk Factors for Non-Adherence to Antiretroviral Therapy. *Rev Inst Med Trop* 2009; 51(3):135-139.
32. Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Arnsten JH. Gender Differences in Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy. *J Gen Intern Med* 2004; 19:1111-17.
33. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(Supl. 2):87-93.
34. Guimarães MDC, Rocha GM, Campos LN, Freitas, FMT, Gualberto FAS, Teixeira RAR, Castilho FM. Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. *Clinics* 2008; 63(2):165-72
35. Sandelowski M, Voils CI, Chang Y, Lee EJ. A Systematic Review Comparing Antiretroviral Adherence Descriptive and Intervention Studies. *AIDS Care* 2009; 21(8): 953-66.
36. Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. «We fear the police, and the police fear us»: structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care* 2010;16:1-9.
37. Arévalo MTV, Torres ICS, Sánchez DC. Adherencia Al Tratamiento En La Infección Por Vih/Sida. Consideraciones Teóricas Y Metodológicas Para Su Abordaje. *Acta Colombiana De Psicología* 2008;11(2):101-13.
38. Airoldi M, Zaccarelli M, Bisi L, Bini T, Antinori A, Mussini C, et al. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Preference and Adherence* 2010; 4: 115-25.
39. Colombini MRC, Coleta MFD, Lopes MHB. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(3): 490-5.

40. Sidat M, Fairley C, Grierson J. Experiences and Perceptions of Patients with 100% Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Qualitative Study. *Aids Patient Care and STDs*. 2007; 21(7): 509-20.
41. Silva ALCN, Waldman MAP, Marconi SS. Adesão e não adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(2): 213-20.
42. Taylor SE. *Positive illusions: creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books, 1989.
43. Taylor SE, Brown JD. Positive Illusions and Well-Being Revisited Separating Fact From Fiction. *Psychological Bulletin the American Psychological Association* 1994; 116(1): 21-27
44. Kumarasamy N, Safren SA, Raminani SR, Pickard R, James R, Krishnan AK, et al Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: a qualitative study. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19(8):526-37.
45. Holstad MK, Pace JC, De AK, Ura DR. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2006; 17(2): 4-15.
46. Gardenier D, Andrews CM, Thomas DC, Bookhardt-Murray LJ, Fitzpatrick JJ. Social support and adherence: differences among clients in an AIDS day health care program. *J. Assoc Nurses AIDS Care* 2010; 21(1):75-85.
47. Edwards LV. Perceived Social Support and HIV/AIDS Medication Adherence Among African American Women. *Qualitative Health Research*, 2006; 16(5): 679-91.
48. Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ Couns* 2007; 66(1):37-42.
49. Ambebiri A, Woldemichael K, Getachew S, Girma B, Deribe K. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health* 2008, 8:265.
50. Grant E, Logie D, Masura M, Gorman D, Murray SA. Factors facilitating access and adherence to antiretroviral therapy in a township in the Zambian Copperbelt: a qualitative study. *AIDS Care* 2008; 20(10):1155-60.
51. Serovich JM, Craft SM, Yoon HJ. Women's HIV Disclosure to Immediate Family. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(12): 970-80.
52. Abramowitz S, Koenig LJ, Chandwani S, Orban L, Stein R, Lagrange R, et al. Characterizing social support: global and specific social support experiences of HIV-infected youth. *AIDS Patient Care STDS* 2009; 23(5):323-30.