

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Sandra Regina de Oliveira Rodrigues dos Reis

Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro
Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

SÃO PAULO
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Sandra Regina de Oliveira Rodrigues dos Reis

Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro
Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

SÃO PAULO
2012

Sandra Regina de Oliveira Rodrigues dos Reis

Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro
Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção

Dissertação apresentada à banca
examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo como exigência
parcial para obtenção do título de MESTRE
em Psicologia Experimental: Análise do
Comportamento, sob a orientação da
Prof Dra Paula Suzana Gioia.

SÃO PAULO
2012

ERRATA

Reis, S. R. O. R. (2012). *Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 80 págs.
Orientadora: Paula Suzana Gioia
Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção.

RESUMO

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) tem sido destacada em diversos estudos, uma vez que se trata de uma doença crônica que exige mudanças de rotina do indivíduo que vive com ela. Pesquisas realizadas em presídios identificaram uma maior prevalência de pessoas vivendo com HIV/aids em presídios se comparadas, proporcionalmente, às pessoas vivendo em liberdade. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o efeito de uma intervenção nos valores de adesão adotados em oito homens vivendo com HIV/aids em um Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo. O procedimento foi dividido em três Momentos. No Momento 1 ocorreu a obtenção dos dados clínicos (CD4 e carga viral), a partir de consulta a prontuários, a obtenção dos valores de adesão (CEAT-VIH) e obtenção de dados demográficos. No Momento 2 ocorreu a intervenção que se caracterizou por quatro Encontros em grupo, sob a coordenação da pesquisadora, de uma médica infectologista e de uma enfermeira. Nesses Encontros foram apresentadas e discutidas informações sobre a doença. O Momento 3 seguiu o mesmo procedimento do Momento 1, exceto a obtenção de dados demográficos. A hipótese era que os indivíduos que apresentassem adesão “baixa/insuficiente” indicadas pelo CEAT-VIH e pelos índices sanguíneos (carga viral alta e taxa alta CD4) no Momento 1, após a intervenção, apresentariam adesão alta indicadas pelos dados obtidos no Momento 3. Foram formados dois grupos de participantes: experimental e controle. Cinco participantes constituíram o grupo experimental e três o grupo controle. O primeiro grupo participou de todas as fases e o grupo controle não participou dos Encontros do Momento 2. Os resultados encontrados mostraram que, No Momento 1, a maioria dos participantes do grupo experimental apresentou adesão “baixa/insuficiente” no CEAT e altos níveis virológicos e baixos níveis imunológicos (CD4). Após os Encontros do Momento 2, todos os participantes do grupo experimental apresentaram adesão alta (CEAT) e melhora (aumento em CD4 e diminuição em carga viral?) nos níveis de dados clínicos. Diferentemente, o grupo controle manteve adesão “baixa/insuficiente” (CEAT) e níveis imunológicos e virológicos insatisfatórios, exceto um dos participantes que sempre apresentou valores satisfatórios quanto aos dados clínicos (CD4 e carga viral). O presente trabalho indicou a importância na continuidade de estudos que investiguem adesão nesse ambiente a fim de se aprimorarem as questões metodológicas e de generalidade.

Palavras-chave: adesão à TARV; presídio; análise do comportamento.

ERRATA

PÁGINA	PARÁGRAFO	LINHA	ONDE ESTÁ ESCRITO	LEIA-SE
1	2	Primeira	incidência	Prevalência
2	4	Quarta	incidência	Prevalência
15	2	Segunda	incidência	Prevalência
56	3	terceira	incidência	Prevalência

PÁGINA	TÍTULO	ONDE ESTÁ ESCRITO	LEIA-SE
1	1	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	Vírus da Imunodeficiência Humana

REFERÊNCIAS

- Caballo, E. V. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Santos: colocar o nome da editora (acho que não é Santos, se for, deixe como estava)
- Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. B. M. & Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40, 576-81.
- Gusmão, J. L. & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão* 13, 23-25.
- Sério, T. M. A. P., Andery, M. A., Gioia, P.S. Micheletto, N.(2010). Comportamento verbal e o controle do comportamento humano. Em: T. M.A .P. Sério, M. A. Andery, P. S. Gioia, N. Micheletto (2010). *Controle de estímulos e comportamento operante: uma nova introdução*. São Paulo:EDUC, 3ed. revisada.
- Teixeira, P.R., Paiva, V. & Shimma, E. (2000). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo*. São Paulo: Núcleo de Estudos para prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Geneva: World Health Organization*. pp.198.

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer ao Gu, meu companheiro. Me ensinou o que é estar do lado em um dos momentos mais importantes e difíceis das nossas vidas. Você sabe cada pedacinho dessa pesquisa. Obrigada pelas noites que você dormiu no sofá só para ficar comigo até a hora de acabar. Obrigada por tomar conta de tudo da casa para que não houvesse nada que me preocupasse além de escrever. Amo muito você.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio e motivação em todos os momentos em que desanimei. Obrigada por compreender as semanas em que não nos víamos, pois não conseguia ir vê-los. Obrigada pela paciência com minha concentração absurda a ponto de não conversar com vocês. Obrigada a minha mãe pelas vezes que tentou me tirar de casa e ao meu pai pelo orgulho que sempre sentiu, me fez querer sempre ir mais a frente. Como não amá-los.

Ao meu irmão e minha cunhada que estão tão longe, mas sempre com frases de força. Rafa e Andressa, obrigada. Saudades.

Agradeço a Beth e ao Mathew, que compartilharam da pesquisa durante as minhas férias e me ajudaram com o inglês.

À minha orientadora, que me fez descobrir o que eu procurava nesse Programa. Agradeço a paciência e a oportunidade de me ensinar até a última correção de madrugada. Quero continuar aprendendo ainda mais com você.

À banca (Professoras Fani e Eliane) que no exame de qualificação me impulsionaram a querer saber mais sobre meu tema e a defendê-lo.

A equipe do programa Dinalva, que me acolheu muito bem desde o primeiro contato telefônico e a Conceição que estava sempre presente nas orientações que acabavam tarde.

À minha chefia Dra Wilze e à Graça, que leram o projeto e discutiram comigo de que forma a pesquisa poderia se adequar a Instituição que eu trabalho. Obrigada pela atenção em todos os momentos e os constantes ensinamentos.

Ao diretor do CHSP, Dr. Hέλvio, que desde o início apoiou a pesquisa. Me ajudou a conversar com a equipe de segurança para que a pesquisa não encontrasse empecilhos no caminho.

A médica infectologista (Dra Emanuelle) e a enfermeira (Maria Alice), que de forma excepcional abraçaram a pesquisa e me ajudaram nos Encontros.

A equipe da Saúde Mental que trabalha no hospital comigo, que me aguentou nos dias mais difíceis. Me fazendo rir e levar esses momentos de forma mais leve. De volta a vida social.

Ao SAME em especial, Anselmo, Roberto e Luciana, que me ajudaram nos três Momentos da pesquisa (com prontuários) e com os gráficos do Excel (Marcos).

À Joselita Caraciolo, em momentos em que estava em busca de como fazer, ela me deu milhares de possibilidades dentro do contexto em que estava. Obrigada pela disponibilidade em me ajudar.

Obrigada à todos. Obrigada Tadeu!!

Reis, S. R. O. R. (2012). *Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. XX págs.

Orientadora: Paula Suzana Gioia

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção.

RESUMO

A adesão à terapia antirretroviral tem sido destacada em diversos estudos como um tema importante, uma vez que se trata de uma doença crônica que exige mudanças de rotina do indivíduo que vive com ela. Pesquisas realizadas em presídios identificaram uma maior incidência de pessoas vivendo com HIV/aids em presídios se comparadas as pessoas vivendo em liberdade. Em vista disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar uma proposta de intervenção em homens vivendo com HIV/aids em um Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário. O procedimento foi dividido em três Momentos: Momento 1 (consulta à prontuários para obter CD4 e carga viral, aplicação de questionários e instrumentos), Momento 2 (intervenção) e Momento 3 (nova consulta à prontuários para obter CD4 e carga viral, replicação dos questionários e instrumentos). As hipóteses eram que os indivíduos que apresentassem adesão “baixa/insuficiente” no Momento 1, após a intervenção apresentassem adesão alta. Além dos graus de adesão modificados, esperava-se que também houvessem mudanças positivas nos dados clínicos (CD4 e carga viral). Cinco participantes constituíram o grupo experimental e três constituíram o grupo controle. Os resultados encontrados mostraram que a amostra caracterizou-se por pessoas com média de 35,25 anos e com baixa escolaridade. No momento 1 apresentaram adesão “baixa/insuficiente”, altos níveis virológicos e baixos níveis imunológicos e após a intervenção (Momento 2), o grupo experimental como um todo, apresentou adesão alta e melhores níveis dos dados clínicos, diferentemente do grupo controle que manteve adesão “baixa/insuficiente” e níveis imunológicos e virológicos insatisfatórios, com exceção de um dos participantes do grupo controle que desde o início apresentou valores satisfatórios tanto de adesão quanto de CD4 e carga viral. Por fim, foram apontadas questões importantes com esse estudo. Uma delas é a importância em se realizar pesquisas com foco na adesão à terapia antirretroviral com essa população, uma vez que a literatura apresenta poucas pesquisas, mesmo a incidência da doença sendo elevada. E outra questão é a ampliação de uma proposta como essa, sendo realizada com mais participantes, visto que resultados positivos foram encontrados.

Palavras-chave: adesão; HIV/aids; presos; psicologia

Reis S.R.O.R (2012). Adherence to antiretroviral therapy in men living with HIV/aids in the Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário: a proposition for intervention. Masters dissertation. Programme of Post graduate studies in experimental Psychology: analysis of Behaviour, Pontificia Universidade Catolica de Sao Paulo. 80 pages.
Tutor: Paula Suzana Gioia
Line of Reseach: Development of Methodologies and Technologies of Intervention.

Abstract

The adherence to antiretroviral therapy has been highlighted in various studies as an important subject, since it concerns a long term illness which requires changes in the daily routine of the individual who lives with it. Research carried out in prisons has identified a greater incidence of persons living with HIV/aids amongst prisoners than amongst persons living in liberty. In view of that, the object of this research was to analyse a proposition for intervention amongst men living with HIV/aids in the hospital section of a prison. The process was divided into three phases Phase 1 (consultation of patients records in order to obtain CD4 and the level of the virus, the completion of questionnaires and application of research tools), Phase 2 (intervention) and Phase 3 (renewed consultation of patients records to obtain CD4 and the level of the virus and a further completion of questionnaires and application of research tools). The hypothesis was that the individuals who presented a “low or insufficient” adhesion (to the therapy) in Phase 1, after the intervention would present a high adhesion. As well as altered degrees of adhesion, it was hoped that there would be positive changes in the clinical data (CD4 and the level of the virus). The experimental group consisted of five participants and the control group consisted of three participants. The results obtained showed that the sample was characterized by persons with an average age of 35.25 years and low levels of education. In phase 1 they presented a “low or insufficient” adhesion, high levels of the virus and low immune levels. After the intervention (Phase 2) the experimental group as one presented high adhesion and better levels of clinical data in distinction to the control group which presented “low or insufficient” adhesion, unsatisfactory immunological levels and levels of the virus with the exception of one of the participants in the control group who since the beginning presented satisfactory levels of adhesion as well as CD4 and the level of the virus. In conclusion, some important points were demonstrated by this study. One of them is the importance of carrying out research with a focus on adhesion to antiretroviral therapy among this population since there is little research in the literature even though the incidence of the disease is high. The other point is to widen a proposition like this one, to be carried out with more participants seeing that positive results were found.

Keywords: adherence, HIV / AIDS, prisoners, psychology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Sistema Prisional.....	1
Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário.....	3
Adesão: Questões importantes.....	5
MÉTODO.....	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES E ANEXOS.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. CEAT-VIH1 X CEAT-VIH3p. 51

Figura 2. Carga viral 1 X Carga viral 3p. 52

Figura 3. CD41 X CD43p. 53

LISTA DA TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Dados demográficos de cada participante no momento 1	p.26
<i>Tabela 2.</i> Distribuição de valores de grau de adesão, CD4 e carga viral em relação as idades dos participantes.....	p.27
<i>Tabela 3.</i> Relação religião com valores de grau de adesão, CD4 e carga viral	p.29
<i>Tabela 4.</i> Valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral dos respectivos participantes	p. 31
<i>Tabela 5.</i> Valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral de cada participante e respostas quanto as dificuldades em seguir à TARV e a intensidade dos efeitos colaterais	p. 35
<i>Tabela 6.</i> Início da TARV, situação de conhecimento do diagnóstico e tempo cumprido de pena	p. 38
<i>Tabela 7.</i> Ocorrência das visitas aos participantes pelos diferentes médicos ao longo do Momento 1 e do Momento 2.....	p. 39
<i>Tabela 8.</i> Ações vocais e não vocais que os médicos infecionologistas (D1, D2 e D3) apresentaram ao longo das visitas médicas	p. 41
<i>Tabela 9.</i> Comportamento dos participantes durante as visitas médicas no Momento 1	p. 43
<i>Tabela 10.</i> Comportamentos observados nos participantes no Momento 2	p. 44
<i>Tabela 11.</i> Respostas dadas pelos participantes sobre informações da doença nos Momentos 1 e 3	p. 47
<i>Tabela 12.</i> Respostas dadas pelos participantes as perguntas sobre HIV e AIDS no Encontro 3.....	p.49
<i>Tabela 13.</i> Valores de CEAT-VIH, CD4 e Carga viral Momentos 1 e 3	p. 50

Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Sistema Prisional

A resposta adequada à epidemia pôde alcançar maior eficácia a partir da lei nº 9.313/96 cujo acesso universal à medicação antirretroviral foi regulamentado. Dessa forma, apresentaram-se formas de prevenção, acolhimento e aconselhamento, diagnóstico precoce, facilidade no acesso a serviços de saúde, informações com qualidade e gerenciamento adequado dessas informações. (Ministério da Saúde, 2010).

Ainda, de acordo com notificação do Ministério da Saúde, a incidência de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil foi de 333.485 casos e registrados 192.709 óbitos – entre o início da década de 80 e dezembro de 2008. No Brasil, o HIV/aids tem sido configurado como uma subepidemia que atingiu uma forma mais intensa na década de 80 e sua população, nos últimos vinte anos, tem sido constituída por indivíduos usuários de drogas injetáveis e por homens que mantêm relação sexual sem proteção.

As formas de infecção podem ser por meio de relação sexual sem proteção; transmissão vertical - gravidez, parto ou amamentação; reutilização de seringas e agulhas ou instrumentos que furam ou cortam a pele e não estão esterilizados (Ministério da Saúde, 2007). Cabe ressaltar que uma pessoa pode viver com o vírus do HIV e não desenvolver a doença – AIDS, sendo assim, considera-se que o indivíduo esteja com AIDS quando o vírus inicia uma disfunção/destruição grave no sistema imunológico - destruição das células de defesa - linfócitos TCD4+ - e uma taxa elevada de carga viral sanguínea. Desse modo, o sujeito torna-se vulnerável a doenças oportunistas, tais como, tuberculose, pneumonia, câncer, toxoplasmose cerebral entre outras.

Para evitar tais doenças, aumentar a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, o tratamento consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) cuja atuação é inibir o processo de replicação viral, permitindo que ocorra a restauração da imunidade do paciente, com isso diminui a manifestação de doenças oportunistas associadas à infecção pelo vírus. Ainda, o principal objetivo da terapia antirretroviral (TARV) é retardar o surgimento do quadro de imunodeficiência, melhorar a capacidade imunológica e suprimir indicadores virológicos (Ministério da Saúde, 2007). O tratamento do HIV/aids pode ser diferente para cada paciente de acordo com a

combinação medicamentosa, posologia e quantidade de medicamentos. (Ministério da Saúde, 2010).

O principal marcador prognóstico da infecção pelo HIV para se iniciar a TARV é a contagem de linfócitos TCD4. Em pessoas com contagem de linfócitos TCD4 acima de 350 céls/mm³ não é recomendado iniciar o tratamento, já que os benefícios não estão suficientemente claros para contrabalancear potenciais riscos da terapia antirretroviral. Entretanto é recomendado a TARV em casos em que a contagem de linfócitos TCD4 estiver entre 200 e 350 céls/mm³. Quanto mais próximo de 200 céls/mm³ estiver a contagem de linfócitos TCD4 maior o risco de uma progressão para AIDS, principalmente se essas taxas estiverem associadas a carga viral plasmática elevada - maior que 100.000 cópias/mm³. Nota-se que a carga viral plasmática foi encontrada como o melhor preditor para a progressão da AIDS e de morte seguida pela contagem de linfócitos CD4 em um estudo realizado por Mellors, Muñoz, Giorgi, Margolick, Tassoni, Gupta, Kingsley, Todd, Saah, Detels, Phair, e Rinaldo (1997) cujo objetivo foi comparar estado clínico, sorologia, células de defesa e marcadores virológicos para encontrar o melhor preditor para tal progressão em um período de dez anos.

Em síntese, as formas de transmissão, dentre elas o uso de drogas injetáveis e a relação sexual sem proteção, fazem o número de casos de AIDS crescer em altas proporções dentro do Sistema Prisional e a distribuição dos medicamentos precária corrobora para esse aumento.

Segundo o Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (2009), o índice de pessoas vivendo de HIV/aids no Sistema Prisional Brasileiro é dez vezes maior que na população que se encontra em liberdade. Assim como no Brasil, em países como Estados Unidos e Irã a incidência de HIV/aids na população carcerária é maior que na população que não se encontra presa (Beckwith, Zaller, Fu, Montague, e Rich, 2010; Roberson, White e Fogel, 2009; Zamani, Farnia, Torknejad, Alaei, Gholizadeh, Kasraee, Ono-Kihara, Oba, e Kihara, 2010). Apesar de haver uma maior prevalência de pessoas vivendo com HIV/aids presas do que em liberdade, poucos estudos abordam temas sobre portadores de HIV/aids privados de liberdade (Adrinopoulos, Kerrigan, Figueroa, Reese, e Ellen, 2010).

Entre dezembro de 2005 e dezembro de 2009, a população carcerária brasileira aumentou de 361.402 para 473.626, o que representou um crescimento, em quatro anos, de 31,05%, porém não há dados gerais sobre o número de detentos infectados pelo HIV

(Departamento Penitenciário - DEPEN, 2009). Dos homens vivendo com HIV/aids presos, segundo o Censo Penitenciário (2009), apenas 8% não receberam atendimento. Dentre os que receberam atendimento, 92% relataram não terem tido mudanças significativas no quadro.

Pesquisa realizada no presídio de Karaj Central no Irã, com população carcerária masculina, (Zamani et al, 2010), teve por objetivo avaliar o uso de drogas nesse ambiente. Embora o objetivo central tenha sido avaliar o uso de drogas, os autores também levantaram nas entrevistas realizadas, o perfil dos presos, hábitos homo e heterossexuais, assim como dados a respeito do conhecimento que os presos tinham sobre HIV/aids. Em relação a tal conhecimento, 58% acreditavam que HIV podia ser transmitido por picada de mosquito e 48% achavam que compartilhar refeição com alguém infectado poderia contrair a doença. Apesar de essa amostra ter apresentado alto grau de escolaridade (26% alcançou ensino médio), a falta de conhecimento a respeito do HIV/aids apresentou-se elevada, aumentando a probabilidade de contaminação. O alto número de usuários de drogas injetáveis, as relações homossexuais sem proteção e a falta de informação sobre HIV/aids, segundo os autores, apontam para a necessidade de propor prevenção e intervenções para encarcerados usuários de drogas. Os autores identificaram a importância em realizar trabalhos com a população carcerária, visto que a precariedade do ambiente pode vir a gerar uma maior proliferação da doença.

Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário

Até o ano de 2002, o Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo possuía quatro centros/hospitais para atendimento da população carcerária, todos estavam localizados na capital do Estado de São Paulo, são eles: no pavilhão em uma das Penitenciárias; em um hospital central; na Penitenciária do Estado, hoje a Penitenciária Feminina do Estado de São Paulo; e no Centro de Observação Criminal (COC). Todos foram extintos, sendo criado, no ano de 2002, o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP), o qual é um hospital geral de grande porte destinado ao atendimento à saúde da população prisional do Estado de São Paulo (Decreto nº 46.483/02). Atualmente o CHSP é administrado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (Portaria Interministerial nº 1777).

Funcionamento da Instituição

O Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) é um hospital de grande porte a portas fechadas, isto é, não se trata de um hospital de atendimento emergencial e sim de atendimento ambulatorial e internação. Assim, os pacientes antes de serem internados passam por atendimento médico que avalia se há a necessidade de internação. Há, pelo ambulatório, pacientes que já obtiveram alta hospitalar do CHSP e comparecem para acompanhamento.

Os pacientes vêm de diferentes localidades do Estado de São Paulo e de diferentes instituições de reclusão tais como: Penitenciárias, Centros de Detenção Provisórios - CDP, Instituto Penal Agrícola – IPA, Delegacias, Cadeia Pública – CP, Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico – HCTP, Centro de Ressocialização – CR e Centro de Progressão de Pena – CPP.

A distribuição dos leitos ocorre de acordo com o quadro médico e são separadas em Unidades de Internação (U.I): duas para mulheres e duas para homens. Uma das U.I masculinas atende homens vivendo com doenças infectocontagiosas e crônicas. Os pacientes permanecem trancados em seus leitos individuais das dezoito horas às dez da manhã. Durante a noite, os leitos são abertos em caso de intercorrências e para a administração das medicações noturnas, as quais são colocadas em uma gaveta na porta de cada leito e os pacientes são responsáveis por tomá-las, visto que não é monitorada pela equipe de saúde.

A equipe médica realizava visitas diárias aos leitos dos pacientes ocorridas no período das oito às dez horas da manhã, tais visitas eram monitoradas por um agente de segurança responsável do dia. Nesse período, também eram realizados nos leitos procedimentos da equipe de enfermagem - coleta de sangue, medição de sinais vitais, entrega de medicação e atendimentos de fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. Após as dez, os leitos eram destrancados e os pacientes podiam circular por toda Unidade de Internação e comparecer aos atendimentos pré-agendados das diversas especialidades - fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

A medicação ARV era administrada pela equipe de enfermagem da Unidade de Internação, que separava os medicamentos prescritos, entregava-os em um copo para os pacientes em seus leitos e não verificava se os mesmos tomavam a TARV. A entrega das medicações foi observada diretamente pela pesquisadora.

Adesão: Questões importantes

Autores e autoridades sanitárias defendem que a adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de concordância entre o comportamento do paciente em relação às recomendações médicas ou aos profissionais de saúde (Haynes, Taylor e Sackett, 1979; Ministério da Saúde, 2008; Organização Mundial da Saúde, 2003). Entretanto, leva-se em consideração que o paciente comporte-se ativamente em seu tratamento (Gusmão e Jr, 2006; Ministério da Saúde, 2008).

Assim, o termo atualmente mais utilizado na literatura tem sido o termo *adherence*, que expressa com maior clareza o sentido de “concordância autônoma” ou *patient empowerment*, em que o paciente é visto como sendo ativo em seu tratamento, ou seja, participante das decisões do tratamento (Teixeira, Paiva e Shimma, 2000). Nesta concepção, evidencia-se a responsabilidade do paciente diante de seu tratamento.

Dessa forma, o paciente segue o tratamento, pois tal comportamento pode ter sido modelado por contingências. Segundo Skinner (1974), o comportamento modelado por contingências ocorre quando o indivíduo aumenta a frequência de um determinado comportamento a partir de ter sido reforçado a primeira vez por esse comportamento. Portanto, o indivíduo pode apresentar comportamentos de adesão pelo fato de no passado, em alguns momentos críticos da doença ou por não seguir a TARV corretamente ou por qualquer outro motivo, tenha voltado a seguir o tratamento corretamente e observou mudanças reais, como melhora do quadro clínico, no CD4/CV e melhor qualidade de vida (Caraciolo e Shimma, 2007).

Ainda, um fator citado por diversos autores foi a dificuldade em se medir a adesão (Arruda e Zannon, 2002; Caraciolo e Shimma, 2007; Faustino e Seidl, 2010; Malerbi, 2000; Seidl et al, 2007; Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008; Teixeira et al, 2000). Assim, a literatura (Amberbir, Woldemichael, Getachew, Girma, e Deribe, 2008; Dewuf, Monteiro, Passos, Vieira, e Troncon, 2006; Faustino e Seidl, 2010; Martini, D’Elia, Paoletti, Cargnel, Adriani, e Carosi, 2002; Monteiro, 2001; Roberson et al, 2008; Russell, Bunting, Graney, Hartig, Kisner, e Brown, 2003; Seidl, Melchiades, Farias, e Brito, 2007 e Seidl e Tróccoli, 2006; Tiyou, Belachew, Alemseged, e Biadgilign, 2010) apresenta formas de mensurá-la tais como: contagem do número de pílulas, classificação de adesão pela equipe de saúde, autorregistro, autorrelato, dosagem do nível de drogas no sangue ou na urina e controle dos índices virológicos e imunológicos. No entanto, essas formas de mensuração apresentam problemas, seja

devido ao alto custo, à falta de preparo da equipe ou a baixa fidedignidade das respostas.

O autorrelato é uma forma muito utilizada em pesquisas para medir a adesão ao tratamento (Amberbir et al, 2008; Dewuf et al, 2006; Faustino e Seidl, 2010; Roberson et al, 2008; Tiyou et al, 2010). Contudo, é uma medida que pode ser pouco fidedigna, uma vez que o comportamento de autorrelato pode estar sob controle das consequências e não da ocorrência do evento a ser relatado (Malerbi, 2000; Monteiro, 2001).

Para De Rose (2000), para chegar ao autorrelato é necessário que o indivíduo anteriormente se auto-observe. Para tanto, tal auto-observação pode ser provocada por perguntas de um ouvinte, assim, *podemos dizer que a situação de entrevista ou questionário ajuda o indivíduo a se lembrar de seu comportamento passado (p. 145)*. Para o autor, a situação de entrevista ou questionário pode levar à produção de um relato mais apurado, pois fornece pistas que complementem o controle impreciso exercido pelo comportamento passado do paciente.

Adicionado ao autorrelato, utiliza-se indicadores virológicos e imunológicos para se medir a adesão à TARV. O diagnóstico precoce e a TARV correta levam a uma diminuição da carga viral e a um aumento dos índices imunológicos - linfócitos TCD4 - do paciente portador de HIV/aids (Tibúrcio, 2010). Portanto, aderir à terapia (TARV) trará mudanças importantes aos dados clínicos. Assim como Tibúrcio (2010), Mellors et al (1997), por meio dos resultados de pesquisa, apontaram a importância em utilizar dados clínicos para acompanhar a evolução do HIV/aids.

Desse modo, a combinação de formas de mensuração é uma maneira encontrada para que os resultados possam apresentar as desvantagens minimizadas e tornar os resultados mais confiáveis. Tais combinações encontradas na literatura apresentam: questionários aplicados em momentos diferentes do tratamento; dados clínicos - CD4 e carga viral; questionários sobre o grau de adesão; questionários aplicados nos participantes e em seus cuidadores; escalas, de tempo de uso da TARV, tempo de diagnóstico; efeitos colaterais da TARV. (Amberbir et al, 2008; Dewuf et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010; Guerra e Seidl, 2010; Martini et al, 2002; Remor et al, 2007; Seidl et al 2007; Tiyou et al, 2010).

Remor et al (2007) realizaram um estudo com objetivo de traduzir, adaptar e validar o Questionário para Avaliação de Adesão do Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) para seu uso no Brasil, que é um questionário para avaliar o grau de adesão de

uma pessoa vivendo com HIV/aids baseado no autorrelato. Assim, a pontuação total é obtida pela soma de todos os itens - valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89 - quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento: adesão baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74 ; percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou estrita (escore bruto ≥ 80 ; percentil ≥ 85).

Os autores utilizaram uma amostra de 59 pacientes em uso da TARV com o intuito de se obter dados sociodemográficos - idade, sexo, situação laboral, nível de escolaridade, orientação sexual, classe socioeconômica, uso de medicação psiquiátrica e modo de transmissão do HIV - empregando outro questionário. Os dados relativos ao perfil clínico dos pacientes foram compilados diretamente do prontuário: tempo de infecção por HIV (em meses), níveis de linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática, medicação antirretroviral, número de comprimidos e posologia (frequência). Também foi aplicado um questionário para avaliar as crenças e as expectativas dos pacientes quanto ao tratamento. Os autores além de aplicar tais questionários, dados sociodemográfico e de crenças e expectativas, além de consultar níveis de CD4 e carga viral, relacionaram esses resultados ao grau de adesão medido pelo CEAT-VIH.

A partir dos resultados constatou-se que o grau de adesão informado parece não estar em função das características sociodemográficas da amostra. A média de linfócitos T-CD4+ foi de 371,20 e a carga viral plasmática média foi de 15.406,88 cópias/mL; 59,3% apresentaram carga viral indetectável (< 50 cópias/mL). Os resultados indicaram correlação inversa significativa entre o grau de adesão ao tratamento medido pelo CEAT-VIH e a carga viral. Em média, os participantes ingeriam 7,5 comprimidos diariamente, variando entre zero e 33 comprimidos diários. A relação entre o número de comprimidos e a carga viral foi significativa e positiva, o que sugere que o número de comprimidos parece ser uma barreira para uma adesão ao tratamento.

Portanto os autores encontraram, além do instrumento ter se mostrado confiável e válido, por meio da validade relacionada a um critério externo - carga viral, alguns fatores dificultadores de adesão tais como: isolamento social, estresse, número de comprimidos ingeridos por dia e falta de informação.

Assim como para Remor et al (2007), outras pesquisas preocuparam-se em caracterizar a população estudada de acordo com seus dados demográficos - idade, escolaridade, estado civil, naturalidade e religião. (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al 2010; Dewuf et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010; Martini et al, 2002; Seidl et al,

2007; Tiyou et al, 2010) . Em alguns outros estudos não foram encontrados relações entre características demográficas e adesão ao tratamento (Amberbir et al, 2008; Dewuf et al, 2006; Martini et al, 2002; Remor et al, 2007; Tiyou et al, 2010;). No entanto, há autores (Seidl et al, 2007) que salientaram que as características demográficas podem interferir na adesão à TARV, tal como a escolaridade, visto que foi encontrado uma associação entre menor escolaridade e adesão insatisfatória, pois, para Seidl et al (2007), pessoas com poucos anos de estudo possuem pouco acesso à informação sobre a enfermidade e o tratamento, levando a uma compreensão insuficiente sobre a importância dos ARVs e os prejuízos da não adesão.

Segundo Malerbi (2000), *se o tratamento proposto pelo médico chocar-se com valores religiosos dos indivíduos, provavelmente o paciente não seguirá o tratamento proposto* (p. 146). Para Colombrini, Lopes e Figueiredo (2006) em estudo realizado com o objetivo de analisar mediante a literatura, os fatores de risco da não adesão a TARV, encontraram que a religião levou a comportamentos de não adesão, pois o sujeito negava que tinha a doença ou esperava a cura pela religião, não procurava suporte no seu meio social e desenvolvia sentimentos de desamparo.

Outras questões importantes ao se tratar de adesão à TARV, também apontada por Remor et al (2007), são os fatores que interferem, tais como escolaridade, números de comprimidos, falta de informação e isolamento social. Diversos outros estudos identificaram esses e outros fatores (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al, 2010; Caraciolo e Shimma, 2007; Dewuf et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010, Fernandes e Britto, 2005; Giovelli, Gauer, Calvetti, e Moraes, 2009; Guerra e Seidl, 2010; Martini et al 2002; Monteiro, 2001; Reis, Lencastre, e Guerra, 2010; Remor et al, 2007; Roberson et al, 2009; Seidl et al, 2006; Seidl et al, 2007; Tiyou et al, 2010; Zamani et al 2010).

A revisão literária realizada por Colombrini et al em 2006, Encontrou fatores de não adesão relacionados à pessoa em tratamento, à doença e ao serviço de saúde. Encontrou em seus resultados, que relacionado à pessoa que está em tratamento a idade é um fator que influencia, pois a adesão aumenta com a idade, a religião também pode ser um fator que influencie, levando o sujeito a não procurar ajuda e gerando sentimentos de desamparo, com relação a escolaridade as autoras encontraram que existem pesquisas que encontraram relação entre baixa escolaridade e baixa adesão e pesquisas que encontraram a baixa escolaridade como fator de baixo risco. Outro fator

importante relacionado à pessoa em tratamento foi o isolamento social, que tanto pode ser fator que influencia na baixa adesão como que não influencia.

Com relação à doença, as autoras encontraram que a ausência de vantagem terapêutica pode levar a uma baixa adesão, ou seja, o sujeito não vê o tratamento como algo que gera consequências positivas a curto prazo. Os resultados podem demorar a aparecer. Outro fator também relacionado aos sinais que o corpo emite é o fato do paciente não sentir-se mal, acreditando com isso que não precisa de tratamento. Com relação a consequências positivas influenciando na continuidade do tratamento os fatores encontrados, foram os resultados laboratoriais (CD4 e carga viral), que quando trazem resultados positivos do tratamento podem levar o paciente a continuar tomando os antirretrovirais.

Com relação ao tratamento as autoras encontraram que a complexidade do tratamento, número de doses, efeitos colaterais e mudanças na rotina diária podem levar a uma diminuição da adesão ao tratamento. O tempo de tratamento por se tratar de uma doença crônica, também é um fator que influencia.

E por fim com relação aos serviços de saúde, as autoras encontraram que a qualidade do cuidado e a relação satisfatória com os profissionais de saúde levam a uma adesão ao tratamento.

O efeito colateral também foi encontrado por outros autores (Seidl et al, 2007) como um fator que dificulta na adesão. Em pesquisa realizada por Seidl et al (2007), os participantes que disseram ter interrompido uma ou mais vezes a TARV, *referiram presença de efeitos colaterais (Por que passava muito mal: tontura, nervosismo, enjôo e dores no estômago)(p.6)*. Guerra e Seidl (2010) também encontraram como um dos resultados de sua pesquisa o efeito colateral presente nos relatos dos adolescentes participantes. Relataram uma “ambiguidade” quanto à medicação, visto que a TARV causa efeitos colaterais ruins que para os adolescentes não condizem com ter uma boa saúde: bons resultados de exames, supressão viral e restabelecimento do quadro imunológico.

Roberson et al (2009) realizaram um estudo nos EUA com mulheres presas vivendo com HIV/aids. O objetivo foi identificar barreiras e facilitadores de adesão à TARV nessa população. Foram entrevistadas 12 participantes. No questionário havia questões a respeito de características demográficas e sobre o que poderia facilitar ou dificultar o uso da medicação. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com a

maneira de como a medicação era fornecida. O grupo *directly observed therapy (DOT)* recebia sua medicação pela equipe de enfermagem, que observava a ingestão dos comprimidos pelos pacientes; e o grupo *keep on prescription (KOP)* retirava sua medicação diretamente no posto de enfermagem. Apresentaram-se como resultados que a forma de recebimento da medicação pode ser uma das barreiras relacionadas à adesão. O grupo DOT considerou frustrante a forma de recebimento da medicação, uma vez que as participantes ficaram expostas em relação às outras presas e aos oficiais, pois todos podiam ver a quantidade de medicação que recebiam, gerando possíveis estigmas com relação às pessoas que tinham a doença. Todas as participantes, tanto no grupo DOT quanto no grupo KOP, segundo Roberson et al (2009), tiveram como facilitador da adesão o ambiente prisional que estabelece uma rotina - horário para acordar e dormir, alimentar-se, tomar medicação, banho de sol, higiene - importante para a TARV, visto que é um tratamento que exige organização da rotina do paciente para que a medicação seja tomada corretamente. Além disso, o grupo KOP considerou facilitador o fato de não haver espera para retirar a medicação, já o grupo DOT considerou que sua medicação ser entregue pela instituição facilitou tomá-la no horário.

Beckwith et al (2010) também realizaram pesquisa no sistema prisional, porém com homens vivendo com HIV/aids, utilizaram questionários e identificaram também que a rotina prisional é um facilitador para seguir com a terapia antirretroviral. Diferentemente de Roberson et al (2009) e Beckwith et al (2010), que fizeram pesquisa no ambiente prisional, Guerra e Seidl (2010) também encontraram como resultado de sua pesquisa com adolescentes vivendo com HIV/aids, que a distância do ambiente doméstico, ou seja, a distância da rotina já estabelecida aparece como um dificultador quanto a tomar os medicamentos.

Faustino e Seidl (2010) realizaram uma pesquisa que utilizou questionários em momentos diferentes, assim como Amberbir et al (2010) e Martini et al (2002), que teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em participantes vivendo com HIV/aids e com dificuldades para aderirem ao tratamento antirretroviral. Os participantes foram: dois do sexo masculino (P1 e P2 – grupo experimental) e um do sexo feminino (P3- participante controle), vivendo com HIV e fazendo uso de ARV, com comportamentos identificados como adesão insatisfatória - menos de 6% de ingestão do número de comprimidos prescritos.

Além das entrevistas, foram utilizadas escalas e consultas a prontuários médicos para obtenção de dados clínicos. A adesão e seus fatores que interferem foram medidos em momentos diferentes. O procedimento foi dividido em três momentos: linha de base (LB), Momento de intervenção (M2) e Momento três (M3). Na linha de base (LB) foi aplicado um questionário, para obtenção de características demográficas e clínicas (CD4 e carga viral). Também foi aplicada uma Escala de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral - participante assinalava itens para avaliar o quanto o indivíduo percebia a eficácia do tratamento - e uma Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) em que o participante assinalava itens para identificar tipos de estratégias que utilizava para solucionar problemas, tais como, focalização no problema e na emoção, busca de suporte social e de práticas religiosas. Já no Momento de intervenção (M2), foram realizados cinco Encontros semanais com duração de duas horas cada. O objetivo do M2 foi de integrar os participantes; manter o vínculo, identificar e manejar dificuldades em relação ao uso da TARV; melhorar nível de conhecimento sobre HIV/aids e TARV e de aumentar a percepção sobre benefícios do tratamento. Com relação ao Momento 3 (M3), que ocorreu após três meses do término da intervenção, quando foi aplicado o questionário da LB com algumas modificações referentes ao alcance das expectativas e necessidades após o trabalho. Esse momento teve por objetivo reaplicar alguns instrumentos do Momento 1 para avaliar a intervenção comportamental cognitiva a partir das respostas dos participantes.

As conclusões que as pesquisas alcançaram possibilitaram a observação dos melhores resultados nos dois participantes que fizeram parte da intervenção se comparados ao participante controle. Os participantes do grupo experimental ao final apresentaram-se mais preparados para lidar com as dificuldades impostas pelo tratamento, visto que as taxas de perdas de comprimidos diminuíram. O participante controle relatou perda elevada de comprimidos nos dois momentos e referiu-se a tais momentos como “muito difícil” seguir a TARV.

Com relação às contagens de linfócito TCD4 e da carga viral, os resultados dos participantes do grupo experimental (P1 e P2) mostraram que para P1 houve um aumento no CD4 e uma diminuição da carga viral entre a LB e o mês de encerramento dos Encontros, resultados esses que, segundo os autores (Faustino e Seidl, 2010), indicavam adesão à TARV. Para P2, não houve mudanças importantes nas taxas, o que, segundo os autores, poderia indicar não-adesão à terapia (TARV) e/ou ineficácia

terapêutica - medicação sem efeito. Para o participante controle (P3), observou-se uma piora tanto na taxa de CD4 quanto na carga viral, levando a grande vulnerabilidade para a ocorrência de doenças oportunistas. Cabe ressaltar que se observou melhores resultados nos participantes do grupo experimental.

Assim, os autores concluíram que o estudo contribuiu para o desenvolvimento e planejamento de intervenção cognitivo-comportamental em grupo. No entanto, advertiram a importância de que antes de se pensar no desenvolvimento de técnicas que auxiliem o desenvolvimento de habilidades e o aprendizado de repertórios comportamentais, deve-se focar no vínculo entre profissional de saúde e usuário. Ainda, os autores ressaltam que o fato da amostra ser pequena, tendo apenas dois participantes na intervenção, tal resultado incentiva novas pesquisas, visando estratégias que busquem ajudar as pessoas a aderirem ao tratamento.

Alguns autores defendem a utilização de terapia em grupo, segundo Caballo (1996) existem algumas vantagens de se realizar tais terapias. Primeiro, representa uma economia financeira e de tempo, visto que ao mesmo tempo a terapia grupal poderá abordar mais indivíduos se comparada à individual. Uma segunda vantagem é o fato dos integrantes dos grupos aprenderem que não são únicos, que outros compartilham dos mesmos sentimentos, emoções e dificuldades. As situações dramatizadas em grupo a partir de ensaios comportamentais são outra vantagem para se trabalhar dessa forma, pois os integrantes se comportam nas situações vivenciadas diante do terapeuta. O *feedback* positivo, entre terapeuta e integrantes e entre os próprios integrantes, mostra-se positivo quando ocorre o comportamento adequado. Ainda, outra vantagem é encontrada quando um dos integrantes realiza a tarefa e gera resultados positivos, levando os outros integrantes a também buscarem tais resultados. A terapia em grupo possibilita que haja maior variedade de situações, facilitando a generalização a partir de ensaios comportamentais. Por fim, o autor defende que a terapia grupal gera maior possibilidade de modelos, além da modelação pelos terapeutas, a aprendizagem ocorre a partir da observação de outros comportamentos do grupo.

Roter, Hall, Merisca, Nordstrom, Cretin, Svarstad (1998), a partir de uma meta-análise (método quantitativo que permite combinar os resultados de estudos realizados de forma independente e sintetizar as suas conclusões ou mesmo extrair uma nova conclusão), classificaram algumas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento. Assim como Caballo (1996) os autores também defenderam atividades em grupo como

positivas. Os autores dividiram as estratégias em quatro categorias. A primeira está focalizada em aspectos educacionais, que engloba intervenções pedagógicas, orais ou escritas, instruções e grupos educativos. Já a segunda, focaliza intervenções em mudanças de comportamento, a partir de treino de habilidades específicas, modelagem, modelação, diários e dicas. Na terceira categoria encontram-se as intervenções que buscam alterar de forma indireta a adesão ao tratamento a partir de modificação de sentimentos e emoções do sujeito em relação a sua doença e seu tratamento. Por fim, na quarta categoria o foco encontra-se no profissional, com olhar na educação da equipe que atende o paciente. Os autores ressaltaram que os resultados indicaram que as intervenções com maior efetividade foram as que utilizaram diversas estratégias dentre essas categorias.

Além de intervenções em grupo outro fator que pode facilitar na adesão á TARV, são os comportamentos dos profissionais de saúde com seus pacientes. Segundo Malerbi (2000) tais comportamentos podem ser: comunicar-se com uma linguagem acessível ao ouvinte; dar informações sobre a doença ao paciente e aos seus familiares; envolver esses familiares e pessoas significativas no tratamento; adequar o tratamento a rotina do paciente; apoiar e acolher o paciente; solicitar que o paciente observe seus comportamentos de autocuidado, principalmente quando o tratamento está no início; auxiliar a construção de um repertório comportamental adequado, a partir de procedimentos de modelagem, modelação etc. e acompanhar o tratamento.

Martini et al (2002) também encontraram em seus resultados a relação entre equipe de saúde e paciente como um fator importante na adesão a terapia antirretroviral. O estudo se propôs a medir a adesão ao longo de um ano, com mensurações a cada seis meses. Os participantes que relataram (autorrelato) e apresentaram (dados clínicos) baixa adesão também referiram relação insatisfatória com seus médicos ao contrário dos participantes que apresentaram alta adesão, que referiram relação satisfatória com seus médicos.

Fernandes e Britto (2005) realizaram um estudo em um hospital em Goiânia que objetivou analisar, a partir de gravações, a relação médico-paciente na primeira consulta após diagnóstico de HIV/aids. Os participantes foram quatro díades médico-paciente (DMP). As ações dos médicos foram divididas em categorias de ações verbais e não-verbais facilitadoras - esclarecer dúvidas, perguntar se o paciente entendeu as explicações, sorrir para o paciente, manter contato visual com o paciente – e em ações

verbais e não-verbais não facilitadoras - citar termos técnicos sem explicá-los, questionar a veracidade das falas do paciente, interromper a consulta, olhar para os lados enquanto o paciente fala. Em relação aos pacientes, as categorias identificadas foram ações verbais/não-verbais indicativas de adesão - falar que vai prosseguir com o tratamento, pedir informação sobre a doença, manter contato visual com o médico, balançar a cabeça em sinal de afirmação; e ações verbais/não-verbais indicativas de não adesão - falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento, falar indicando desconhecer a transmissão do vírus, desviar o olhar do médico, movimentar-se na cadeira.

O procedimento consistiu na gravação, transcrição e análises das interações verbais das díades M-P. De um modo geral, os resultados mostraram que durante a consulta os comportamentos, tanto dos médicos quanto dos pacientes, foram em prol da adesão. A frequência dos comportamentos verbais e não-verbais facilitadores (M) e indicativos de adesão (P) foram superiores. Segundo as autoras, Fernandes e Britto (2005), a relação médico-paciente *pode tornar-se um fator preditivo para os bons resultados do tratamento* (p. 217), visto que o estudo se prontificou, a partir dessa relação, estudar a atuação médica na preparação do paciente portador de HIV para a importância da adesão à TARV.

Tais dificuldades em realizar o tratamento levam o paciente a não segui-lo corretamente, esquivando-se. Para Sidman (2009), as causas da esquiva devem ser procuradas no passado e no presente do indivíduo. Encontram-se no passado, pois nossas experiências nos levaram a nos esquivar do que fomos punidos e encontram-se no presente, visto que ao nos esquivarmos evitamos ou reduzimos os estímulos aversivos. Se o conceito de esquiva for trazido para as dificuldades para aderir a TARV, pode ser que o paciente no passado possa ter experienciado os efeitos colaterais da TARV, as mudanças de rotina, que atualmente o levaram a esquivar-se de seguir a prescrição, pois ao não tomar a medicação os efeitos aversivos não ocorrem. Assim como para Skinner (1974), que fala sobre comportamentos modelados por contingências pelo fato do paciente viver a experiência dos efeitos colaterais ruins no passado leva a uma diminuição no comportamento em tomar os ARVs.

Os aspectos destacados pelos diferentes autores para analisar a ocorrência ou não da adesão ao tratamento relacionam-se à quantidade de remédios tomados; aos efeitos colaterais; ao tempo de descoberta da doença e de tratamento; às variáveis do contexto

clínico - relação com equipe de saúde, informações/explicações disponibilizadas pela equipe e características do ambiente onde o tratamento é realizado; ao uso de drogas; às mudanças na rotina; às barreiras culturais e religiosas; ao fato do tratamento ser prolongado e ao suporte social (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al, 2010; Caraciolo e Shimma, 2007; Dewuf et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010, Fernandes e Britto, 2005; Giovelli et al, 2009; Guerra e Seidl, 2010; Martini et al 2002; Monteiro, 2001; Reis et al, 2010; Remor et al, 2007; Roberson et al, 2009; Seidl et al, 2006; Seidl et al, 2007; Zamani et al 2010).

Considerando-se os números crescentes de pessoas vivendo com HIV/aids na população brasileira (333.485 até 2008, Ministério da Saúde); a alta incidência dessa doença no Sistema Prisional que é dez vezes maior do que na população em liberdade; a falta de estudo com a população carcerária portadora de HIV/aids; a dificuldade em seguir o tratamento; a falta de informação; a importância em não interromper o tratamento e a relação entre equipe de saúde e paciente, o presente estudo objetiva avaliar a adesão ao tratamento em homens portadores de HIV/aids internados no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo, realizando uma comparação entre a adesão antes de uma proposta de intervenção e após essa proposta.

Para tanto, o presente teve como modelo o delineamento o estudo de Faustino e Seidl em 2010, pois compreendeu em três momentos, sendo o segundo momento proposto uma intervenção e o primeiro e terceiro momentos replicação de alguns procedimentos e instrumentos. Assim como para Faustino e Seidl (2010), foi feita uma comparação entre o momento antes da intervenção com o depois da intervenção. Foram realizados randomicamente, ao longo dos dois primeiros momentos, observações de visitas médicas, com base nas categorias de Fernandes e Britto (2005), com a finalidade de identificar influência da relação médico-paciente na adesão e possíveis alterações dos comportamentos vocais e não vocais de médicos e participantes ao longo do procedimento.

Assim, no primeiro momento, foi aplicado o questionário para obtenção de características demográficas e o Questionário para Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral (grau de adesão CEAT- VIH) (Remor et al, 2007) e feito consultas aos prontuários médicos para obtenção de dados clínicos (CD4 e carga viral).

Já o segundo, compreendeu de quatro Encontros, o que diferencia do estudo de Faustino e Seidl (2010), pois no presente estudo foram propostas inicialmente quatro

aulas, enquanto que no estudo de Faustino e Seidl (2010) foram cinco. Também se diferenciou com relação a quem ministrou os Encontros, visto que no estudo supracitado foi o próprio pesquisador que ministrou as aulas, já na presente pesquisa, além da pesquisadora, houve a participação de uma enfermeira e uma médica infectologista.

Por fim, o terceiro momento visou replicar o questionário acerca do grau de adesão à TARV (CEAT-VIH) e de novas consultas aos prontuários médicos com a finalidade de comparar os resultados do terceiro momento com o primeiro.

O objetivo do estudo foi a partir de uma comparação entre o primeiro e o terceiro momentos, avaliar se houveram consequências a partir da proposta de intervenção (segundo momento). As consequências esperadas são diminuição dos níveis de carga viral, um aumento das taxas de CD4, um aumento nas informações que cada participante tem sobre a doença e um aumento nos valores do CEAT (grau de adesão). Espera-se que haja uma correlação negativa entre carga viral e valores de CEAT, uma correlação positiva entre CD4 e CEAT, correlação positiva entre CEAT e escolaridade, correlação negativa entre efeitos colaterais e adesão, tempo de pena cumprido e adesão e número de comprimidos e adesão.

Método

Participantes

Inicialmente foi realizada consulta ao “Censo Diário”¹ para identificação dos pacientes vivendo com HIV/aids na Unidade de Internação do CHSP, unidade que abrigava o maior número de pacientes vivendo com HIV/aids.

Foram chamados dezoito potenciais participantes, de acordo com “Censo Diário” e em uso da terapia antirretroviral. Desses dezoito, cinco não quiseram participar, sete tiveram alta hospitalar antes do Momento 1, participando apenas do Momento 1 e um (PCR8) não pôde participar do Momento 2 por questões médicas. Os cinco participantes restantes realizaram os três momentos da pesquisa. Após ter sido dada a informação sobre os objetivos da pesquisa e o participante ter aceitado participar, foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Formaram-se dois grupos. O grupo experimental foi composto por cinco participantes (PE1, PE2, PE3, PE4 e PE5), que estiveram em todos os Momentos da pesquisa e o grupo controle foi formado por três participantes que estiveram presentes apenas nos Momentos 1 e 3 (PCR6, PCR7 e PCR8).

Os participantes foram oito homens vivendo com HIV/aids, internados no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário CHSP, em terapia antirretroviral (TARV). A presente pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Critérios de Inclusão

Homens que estavam internados na Unidade de internação de infectologia que vivem com HIV/aids e que estavam em terapia antirretroviral (TARV).

Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes que vivem com HIV/aids com diagnóstico de transtorno psiquiátrico grave, uma vez que os quadros psiquiátricos poderiam interferir na compreensão do trabalho.

¹Censo Diário – relatório diário com informações do paciente - nome, diagnóstico, clínica médica responsável e data da internação.

Local

O Primeiro Momento (Momento 1) ocorreu em salas de consultórios, nas quais ocorriam atendimentos diários individuais da pesquisadora. A sala continha uma mesa e duas cadeiras. Já o Segundo Momento (Momento 2) ocorreu em uma sala, na qual eram realizados os grupos. Nessa sala continha uma mesa e dez cadeiras em círculo. Por fim, o Terceiro Momento (Momento 3) ocorreu em salas de consultórios específicos para atendimento ambulatorial e também nas mesmas salas do Momento 1.

Instrumentos/Material

Os instrumentos/ questionários utilizados foram:

- a) Questionário para avaliar história clínica (APÊNDICE 3), consistiu em onze perguntas sobre tempo de diagnóstico, se estava preso ou em liberdade no momento do diagnóstico, onde foi o início do tratamento, dificuldades em seguir a TARV e interrupções ao longo do tratamento..
- b) Questionário para caracterização demográfica (APÊNDICE 4) que consistiu em nove perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, religião, naturalidade, tempo total de pena e tempo cumprido de pena.
- c) Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) (ANEXO 1) que visa identificar graus de adesão dos participantes à TARV. Consistiu em vinte perguntas que abordaram interrupções do tratamento, relação com médico, nome dos comprimidos, cumprimento do horário da medicação, percepção e estados emocionais relacionados aos efeitos da medicação; autoavaliação de seu comportamento perante o tratamento medicamentoso, estratégias utilizadas para inserir o tratamento em sua rotina e informação quanto à medicação para HIV. A adesão foi mensurada por meio da soma da pontuação obtida na resposta de cada item. Os valores variaram de 1 a 5, de acordo com cada questão e com a padronização feita pelo autor (Remor, 2006). O valor total mínimo possível correspondeu a 17 pontos e o valor total máximo possível a 89. Quanto maior a pontuação, maior o

grau de adesão ao tratamento. A questão cinco (5) variou a pontuação de 0 a 2 pontos, caso o participante respondesse todos os nomes das medicações que tomava, a pontuação era de dois pontos (2), se não lembrasse dos nomes de todas as medicações, a pontuação era de um ponto (1) e se não se lembrasse de nenhum nome, a pontuação era zero (0). As questões 19 e 20 variaram de 0 (resposta SIM) a 1 (resposta NÃO).

Além do material específico dos questionários, também utilizaram-se:

- a) uma ficha de autorregistro da medicação ingerida que fornecia um quadro no qual nas colunas eram indicados os dias da semana e nas linhas os medicamentos identificados por cores diferentes (APÊNDICE 5).
- b) uma folha de registro da interação médico-paciente observada na visita médica que fazia parte do protocolo da Instituição (ANEXO 2). A folha para esse registro foi elaborada tendo como base o estudo de Fernandes e Britto (2005). Continha em cada linha a descrição de tipos de: ação vocal e não vocal facilitadora ou não facilitadora dos médicos infectologistas; relato indicativo de adesão e de risco para adesão dos participantes; ação não vocal dos participantes indicativas de adesão e indicativa de não adesão.

Procedimento

Inicialmente foi solicitado autorização para que a pesquisa pudesse ser realizada com os pacientes. Essa autorização foi feita por escrito com os objetivos da pesquisa, a quantidade de participantes e a duração, foi assim direcionada ao corpo diretivo de saúde e de segurança da instituição.

O procedimento consistiu em três Momentos (Momento 1, Momento 2 e Momento 3).

A inclusão de participantes em um dos dois grupos foi devido à própria rotina hospitalar do Centro, uma vez que a permanência dos pacientes nesse ambiente é determinada pelas questões de saúde apresentadas a cada avaliação médica, podendo ter

com isso uma internação breve. Dessa forma, após o preenchimento dos questionários aplicados no Momento 1, apenas cinco participantes permaneceram internados no hospital, podendo, portanto, comporem o grupo experimental (Momento 2). Os outros participantes responderam aos questionários aplicados no Momento 3 no retorno ambulatorial programado pela equipe médica.

Momento 1: Caracterização demográfica, avaliação da história clínica, caracterização quanto à adesão ao tratamento antirretroviral e levantamento dos dados clínicos.

Considerou-se início do Momento 1 quando houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), após cada participante ter sido informado dos objetivos - discutir a terapia antirretroviral - da pesquisa. Foram informados dos aspectos éticos do estudo, tais como liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, a garantia do sigilo e da privacidade dos dados obtidos e o acesso às informações sobre o procedimento - riscos e benefícios. e ocorrido o aceite dos participantes.

Aplicaram-se os questionários individualmente. Os questionários aplicados no Momento 1 foram: Questionário para caracterização demográfica dos participantes (APÊNDICE 4), Questionário para avaliar a história clínica (APÊNDICE 3) e Questionário para Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral (CEAT- VIH) (ANEXO 1).

Cabe ressaltar que essa forma de contato entre pesquisadora e paciente era rotina, visto que a mesma era psicóloga contratada pela Instituição e atendia rotineiramente os pacientes em situação de acompanhamento psicológico individual.

Pelo fato de não ter sido utilizado como critério de exclusão a baixa escolaridade, foi necessário a leitura e preenchimento de todos os Questionários e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pesquisadora.

Simultaneamente às aplicações dos questionários, consultou-se o prontuário médico de cada participante, com a finalidade de identificar para registro de indicadores virológicos (carga viral) e indicadores imunológicos (CD4). Esses prontuários podiam ser consultados por todos os funcionários do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário e ficavam em uma sala do tipo ambulatorial. A leitura dos prontuários permitiu também identificar e registrar a ocorrência de infecções oportunistas, como outro possível

indicador de baixa taxa imunológica, além das alterações das taxas da carga viral e CD4.

Cada questionário respondido recebeu uma numeração de identificação – o participante 1 era PE1, o participante 2 era PE2 e assim sucessivamente - para organização das respostas.

Momento 2: intervenção sobre terapia antirretroviral.

Esta fase visou a) esclarecer para o participante a respeito do tratamento e da doença - modos de contágio, tratamento antirretroviral, vantagens e efeitos colaterais do tratamento; b) aumentar a percepção dos benefícios do tratamento, c) auxiliar no manejo das dificuldades em aderir.

Para a administração dos Encontros, que compuseram o Momento 2, foram convidadas duas profissionais funcionárias - enfermeira e médica infectologista - do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário que tinham experiência em ministrar palestras sobre HIV/aids.

Inicialmente foi solicitada autorização para a equipe de segurança do hospital para que o grupo pudesse ser gravado, porém não foi autorizado. Desse modo, optou-se por anotações feitas pela própria pesquisadora sobre os comportamentos verbais e não verbais dos participantes, da médica e da enfermeira.

O Momento 2 consistiu em quatro Encontros em grupo, juntamente com a pesquisadora, a médica infectologista e uma enfermeira. Inicialmente compareceram ao primeiro Encontro cinco indivíduos, porém três deles receberam alta hospitalar antes de ocorrer o segundo. Os dois participantes restantes foram inseridos em um novo grupo com mais três participantes recém internados no hospital. Portanto, o primeiro Encontro ocorreu duas vezes, a primeira com os participantes que tiveram alta hospitalar e a segunda com o novo grupo formado. Para efeito de descrição e discussão de resultados, serão mencionados quatro Encontros, atendo-se ao objetivo de cada um.

Na manhã de cada Encontro, a pesquisadora informava os participantes quanto ao horário e local do Encontro em seus leitos. Após avisá-los, a pesquisadora informava ao chefe do plantão da segurança daquele dia que o grupo seria realizado e que teria a duração de uma hora.

Segue o conteúdo do primeiro Encontro:

Encontro	Conteúdo
1ª 25/11/11	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a integração dos participantes (Apresentação dos participantes, da pesquisadora e equipe de saúde). • Descrever os objetivos do trabalho. • Estabelecer contrato terapêutico (Encontros com duração de uma hora). • Realizar a atividade de <i>Brainstorming</i> - Participantes relataram o que sabem sobre a doença e tratamento a partir de questionamento da pesquisadora. • Crontruir um painel com as informações ditas por eles foram escritas e que foi afixado na sala. • Informar sobre HIV/AIDS - formas de contágios, manifestações da doença, tratamento, cuidados pós-diagnóstico. • Requisitar (e esclarecer) preenchimento de uma ficha de autorregistro para que os participantes colocassem um X quando tomassem a medicação (as medicações foram identificadas por meio da cor do antirretroviral).

Nesse Encontro, os participantes puderam relatar o que sabiam sobre a doença em uma atividade de *Brainstorming* (literalmente: "tempestade cerebral" em inglês, ou tempestade de ideias, mais que uma técnica de dinâmica de grupo, é uma atividade desenvolvida para explorar a potencialidade criativa de um indivíduo ou de um grupo - criatividade em equipe - colocando-a a serviço de objetivos pré-determinados).

As falas foram escritas pela pesquisadora em um painel de cartolina. Baseada nas falas e escritas, a médica considerou as informações que os participantes tinham e iniciou a apresentação e discussão de dúvidas sobre formas de contágio, manifestação da doença, tratamento e cuidados no pós-diagnóstico. Foi realizado feedback positivo por parte da pesquisadora para os comportamentos emitidos pelos participantes considerados importantes para a adesão.

Nesse Encontro foi entregue aos participantes fichas de autorregistro (APÊNDICE 5), sendo explicado pela pesquisadora o seu preenchimento o intuito de facilitar o controle das medicações, como forma de evitar o esquecimento. A pesquisadora utilizou um modelo de ficha para explicar de que forma deveria ser preenchida.

No primeiro Encontro foi realizado apresentação dos participantes, apresentação do objetivo da pesquisa e entregue a ficha de autorregistro. Já no segundo Encontro foi passado um vídeo com discursos de pessoas que também viviam com HIV/aids.

O segundo Encontro ocorreu na semana seguinte - após quatro dias da realização do primeiro Encontro – no qual foi apresentado um vídeo “7 faces de uma Guerra – O Brasil contra a AIDS”. Como conteúdo, o vídeo teve relatos de outras pessoas que vivem com HIV/aids; de que forma a medicação chegou ao Brasil; como se apresenta o tratamento de filhos de pais soropositivos e experiências semelhantes as que eles relataram no primeiro Encontro.

Nesse Encontro, descrito abaixo, PE4 solicitou voltar para seu leito antes do filme terminar, alegou não “sentir-se bem”, já os demais permaneceram até o final. A pesquisadora leu as partes escritas no vídeo, uma vez que PE3 relatou ser analfabeto.

Encontro	Conteúdo
2ª 29/11/11	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar vídeo “7 faces de uma Guerra – O Brasil contra a AIDS” • Discutir o vídeo • Continuar a discussão sobre formas de contágios, manifestações da doença, tratamento, cuidados pós-diagnóstico • Apresentar informações que corrijam e complementem o relato sobre TARV dos participantes (médica infectologista e enfermeira). • Retomar a importância e esclarecimento sobre o preenchimento das fichas de autorregistro.

Ao final do vídeo, os participantes puderam dizer o que havia de novo das informações dadas pelo vídeo. A médica pôde retomar algumas das informações dadas no primeiro Encontro e semelhantes as do vídeo. Ao final, foi retomado o preenchimento das fichas de autorregistro. Foi realizado feedback positivo por parte da pesquisadora para os comportamentos emitidos pelos participantes considerados importantes para a adesão.

Assim, no terceiro Encontro foram distribuídas de forma aleatória perguntas escritas sobre conteúdos abordados ao longo do primeiro e segundo Encontros - formas de contágio, tratamento, filhos de pais soropositivos, efeitos colaterais, medicação antirretroviral - em pedaços de papéis para que os participantes pudessem respondê-las. Foi realizado feedback positivo por parte da pesquisadora para os comportamentos emitidos pelos participantes considerados importantes para a adesão.

Novamente foi retomado o preenchimento das fichas de autorregistro.

O conteúdo desse Encontro segue abaixo:

Encontro	Conteúdo
3ª 06/12/11	<ul style="list-style-type: none"> • Responder perguntas sobre HIV/aids (cada participante retirou uma pergunta sobre a doença e tentou responder a partir dos últimos Encontros). • Levantar/identificar dificuldades em seguir a TARV. • Apresentar/discutir estratégias para facilitar o seguimento do tratamento baseando-se nas dificuldades citadas pelos próprios participantes (médica infectologista e enfermeira). • Retomar o preenchimento das fichas de autorregistro.

Cabe ressaltar que o terceiro Encontro ocorreu após uma semana do segundo, visto que a médica infectologista não pôde comparecer na data marcada.

O quarto Encontro ocorreu após três dias da realização do terceiro. Foi feita uma autoavaliação por parte dos participantes sobre mudanças de comportamento para

facilitar a adesão à TARV. Foi realizado feedback positivo por parte da pesquisadora para os comportamentos emitidos pelos participantes considerados importantes para a adesão.

Novamente foi retomado o resultado encontrado pelo preenchimento das fichas de autorregistro.

Assim, os participantes puderam avaliar o trabalho realizado, levantar críticas e sugestões para a elaboração de intervenções futuras. Ao final, foi montado outro painel com informações que os participantes acharam importantes, as quais foram discutidas ao longo dos quatro Encontros, sendo que tais informações puderam ser comparadas as escritas no primeiro painel de *Brainstorming*.

Encontro	Conteúdo
4ª 09/11/11	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a autoavaliação e relato por parte dos participantes de mudanças de comportamento auto-observadas em prol da adesão. Retomar o preenchimento das fichas de autorregistro. Requisitar a avaliação do trabalho realizado, levantamento de críticas e de sugestões para a elaboração de intervenções futuras. <p>Cronstruir outro painel com as informações importantes recebidas nos Encontros sobre a doença</p>

Momento 3: CEAT 1 x CEAT 3; Carga viral 1 x Carga viral 3 e CD4 1 x CD4 3

O objetivo desse Momento foi identificar possíveis alterações nas medidas de adesão à TARV a partir da comparação dos resultados do CEAT, CD4 e carga viral obtidos no Momento 1 com os obtidos no Momento 3.

Dessa forma, o Momento 3, que consistiu em nova aplicação do Questionário para Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral (CEAT- VIH) (ANEXO 1) e nova consulta aos indicadores virológicos (carga viral) e imunológicos (CD4), ocorreu após oito semanas do término do último Encontro do Momento2.

Assim, a pesquisadora solicitou levantamento juntamente com o SAME² das datas em que os participantes, que tiveram alta hospitalar, retornariam. Dos oito participantes do grupo experimental (PE1, PE2, PE3, PE4 e PE5) e do grupo controle (PCR6, PCR7, PCR8), quatro (PE2, PE3, PE4 e PCR8) ainda estavam internados na

²SAME – Serviço de apoio médico especializado (serviço que agenda atendimentos ambulatoriais)

Instituição na realização do Momento 3; já os demais (PE1, PE5, PCR6 e PCR7) responderam ao Momento 3 na data da consulta ambulatorial. Portanto o Momento 3 ocorreu após os dois meses do fim do Momento 2, independente de estarem internados na Instituição ou estarem em seu presídios de origem.

Observação das visitas médicas.

Ao longo dos Momentos 1 e 2, a pesquisadora acompanhou visitas médicas diárias que fazem parte do protocolo do hospital, com a finalidade de observar comportamentos e ações dos participantes e dos médicos infectologistas que pudessem ser caracterizadas como facilitadoras ou de risco de adesão, tal como salientado por Fernandes e Britto (2005).

Antes das visitas ocorrerem os médicos infectologistas foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), permitindo a observação das visitas aos leitos.

Dois médicos faziam a visita diariamente nos leitos dos pacientes. As visitas observadas foram realizadas por três médicos diferentes, que formaram uma dupla de visita. Cada um dos médicos atendia um paciente por vez e todos os leitos eram necessariamente atendidos das oito horas até às dez horas da manhã, horário em que era permitida pela Segurança a entrada da equipe de saúde. Essa regra não era imposta à equipe de enfermagem que ficava na Unidade de Internação todo o tempo. Após as dez horas, os pacientes eram liberados de seus leitos e podiam circular livremente pela Unidade de Internação e comparecer em possíveis atendimentos ou exames fora da Unidade de Internação.

Durante as visitas a pesquisadora, utilizando a folha de registro com as categorias da interação médico-paciente proposto por Fernandes e Britto (2005), registrava, em uma folha de registro para cada participante, um X na coluna e linha correspondentes ao que foi observado referente à interação médico-participante durante a visita a cada um dos leitos (ANEXO 2).

Foram realizadas seis visitas ao longo do Momento 1 e do Momento 2, uma durante o Momento 1, quatro durante o Momento 2 e uma após o Momento 2. A realização da visita dependeu da autorização dos médicos em que a visita fosse acompanhada, horários em que a visita ocorreu e liberação da equipe de segurança para entrar nas Unidades de Internação.

Resultados e Discussão

1. O que os dados demográficos indicam?

Os dados demográficos serão apresentados a seguir na Tabela 1. Em diversas pesquisas de estudos sobre adesão a terapia antirretroviral, foram realizados levantamentos dos dados demográficos encontrados nas amostras utilizadas (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al 2010; Colombrini et al, 2006; Dewuf et al, 2006; Guerra e Seidl, 2010; Faustino e Seidl, 2010; Lopes, Latorre, Pignatari e Buchalla, 2001; Malerbi, 2000; Remor et al, 2007; Roberson et al, 2009; Seidl et al, 2007; Tiyou et al, 2010; Zamani et al, 2010). No presente estudo, os dados demográficos investigados foram idade, escolaridade, estado civil, naturalidade, religião, além de tempo total de pena e tempo cumprido de pena. Segue abaixo na Tabela 1 os resultados encontrados na presente pesquisa quanto aos dados demográficos e tempo de pena de acordo com cada participante no Momento 1.

Tabela 1:
Dados demográficos de cada participante no Momento 1

Partic.	Idade	Escolaridade	Est. Civil	Natural.	Religião	Tempo total pena	Tempo cumprido
PE1	44	Fund. Incompl.	solteiro	Outro estado	cristão	16 anos 6 meses	8 anos
PE2	43	Médio Incompl.	solteiro	Interior de SP	espírita	4 anos	2 anos
PE3	32	Nunca estudou	Relação estável	Outro estado	católico	11 anos	9 anos
PE4	21	Fund. Incompl.	solteiro	SP capital	evangélico	5 anos 4 meses	2 anos 2 meses
PE5	26	Fund. Incompl.	solteiro	Interior de SP	católico	Sem julgamento	5 meses
PCR6	30	Fund. Incompl.	solteiro	Outro estado	católico	7 anos 10 meses	5 anos 1 mês
PCR7	34	Fund. Incompl.	Relação estável	Interior de SP	católico	24 anos	4 meses
PCR8	52	Nunca estudou	separado	Interior de SP	católico	12 anos	9 anos 4 meses

Quanto à idade, conforme se lê na Tabela 1, os resultados indicaram que variou de 21 a 52 anos, com média de 35,25 anos. Dos oito participantes avaliados, três na faixa etária de 21 a 30 anos (PE4, PE5 e PCR6), dois encontram-se na faixa etária de 41 a 50 anos (PE1 e PE2), dois na faixa de 31 a 40 anos (PCR7 e PE3) e apenas um deles encontrava-se na faixa etária de 51 a 60 anos (PCR8). Portanto, a maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária de 21 a 30 anos. Esses resultados

assemelharam-se aos obtidos nas pesquisas de Amberbir et al (2008), Lopes et al (2001) e Tiyou et al (2010), nas quais trabalharam com participantes cujas idades variaram entre 21 e 34 anos. As pesquisas, que ocorreram em ambiente prisional com pessoas vivendo com HIV/aids, tiveram como resultado para a idade dos participantes a predominância na faixa etária de 31 a 40 anos (Roberson et al, 2009) e média de 34,8 anos (Zamani et al 2010), média essa semelhante a encontrada a partir dos resultados da Tabela 1, que permitiu observar que a média das idades foi de 35,25 anos.

Segundo Teixeira et al (2000) *para as doenças crônicas em geral, a “aderência”³ parece aumentar com a idade, exceto nos mais velhos, em torno dos 75 anos* (p.6). Essa constatação é compartilhada por Colombrini et al (2008), que também defenderam que quanto maior a idade maior a adesão à terapia antirretroviral. Para a consideração dessas conclusões, foi necessário, no presente estudo apresentar os valores indicativos de adesão e as idades. Na Tabela 2, observa-se se houve essa relação entre idade e adesão ao tratamento na presente pesquisa, defendida pelos autores supracitados.

Tabela 2:

Distribuição dos valores de grau de adesão, CD4 e carga viral em relação às idades dos participantes.

Participantes	Idade	Valores de CEAT- VIH	CD4	Carga viral
PE1	44	61	123	8.764
PE2	43	57	271	<50
PE3	32	57	122	441.485
PE4	21	85	76	>LMAX
PE5	26	57	113	>LMAX
PCR6	30	69	46	>LMAX
PCR7	34	63	16	52.533
PCR8	52	87	445	<LMIN

Considerando que, segundo critérios de Remor et al (2007), os valores obtidos no CEAT-VIH abaixo de 74 significam adesão “baixa/insuficiente” e os valores acima de 80 significam adesão “estrita” ou alta, de acordo com a Tabela 2, seis participantes (PE1, PE2, PE3, PE5, PCR6 e PCR7) apresentam adesão “baixa/insuficiente” à TARV (abaixo de 74), independente da faixa etária a que pertencem, exceto PCR8 que possui 52 anos e apresenta adesão “estrita” ou alta (maior de 80) e PE4 que também apresentou adesão “estrita” e tinha 21 anos.

³ “aderência” - termo utilizado pelos autores de forma semelhante a usada pela presente pesquisa para o termo adesão.

Com relação à carga viral e às células CD4, outras medidas indicativas de adesão no presente estudo, os participantes que apresentam menores valores de carga viral (PE1, PE2, PCR7 e PCR8) também apresentam diferentes faixas etárias e não necessariamente adesão “baixa/insuficiente”, como é o caso de PCR8. Portanto, considera-se que os resultados encontrados no presente estudo diferiram das conclusões anteriores de autores.

Outra variável demográfica levantado em estudos sobre adesão à terapia antirretroviral foi a escolaridade (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al 2010; Colombini et al, 2006; Dewuf et al, 2006; Guerra e Seidl, 2010; Faustino e Seidl, 2010; Lopes et al, 2001; Remor et al, 2007; Seidl et al, 2007; Teixeira et al, 2000; Tiyon et al, 2010; Zamani et al, 2010). Os resultados na Tabela 1 mostraram que mais da metade dos participantes (seis) cursaram até o ensino fundamental incompleto, dois nunca estudaram e um cursou até o ensino médio incompleto. Porém os participantes apresentaram adesão “baixa/insuficiente” independente da escolaridade. Esses resultados se assemelharam ao estudo de Remor et al (2007), que não constataram relação entre escolaridade e adesão à TARV, porém também identificaram que a maioria de sua amostra (71,2%) relatou ter cursado até o ensino fundamental, resultado esse também encontrado em Lopes et al (2001) que encontraram que 70,7 % das mulheres presas entrevistadas disseram ter cursado até o ensino fundamental. Para Seidl et al (2007) indivíduos com poucos anos de estudo podem apresentar pouco acesso à informações referentes a sua doença e tratamento, levando a uma compreensão insuficiente sobre a importância em seguir a TARV e os prejuízos da não adesão.

Contudo em outras pesquisas realizadas em presídios com pessoas vivendo com HIV/aids os resultados foram diferentes, Andrinopoulos et al (2010) encontraram que a maioria dos participantes (66%) relataram ter cursado ensino médio completo, assim como segundo Zamani et al (2010) que encontraram que 26% cursaram ensino médio completo e superior.

Portanto para a presente pesquisa a baixa escolaridade foi identificada como um fator que interfere negativamente na adesão a terapia antirretroviral.

Com relação ao estado civil, observa-se na Tabela 1, que mais da metade dos participantes (cinco) responderam ser solteiros, dois responderam manter relação estável e um referiu ser separado. Pesquisa de Zamani et al (2010) também realizada em presídio, obteve resultado diferente do encontrado na presente pesquisa, ao invés da

maioria relatar serem solteiros, a maioria relatou serem casados (52,7%). Não foi identificado uma relação embasada em pesquisas anteriores sobre a relação adesão ao tratamento e estado civil.

Na Tabela 1 também é possível observar que quatro participantes são do Interior de São Paulo, três são de outro estado e um é nascido em São Paulo capital, configurando a maioria do interior de São Paulo.

Os resultados referentes à religião mostraram que a maioria dos participantes (cinco) assumiu a religião católica como a de pertinência, um apenas mencionou ser cristão, outro, espírita e outro, evangélico. Segundo Malerbi (2000), que se propôs a relatar sobre adesão em diferentes quadros clínicos, também discorreu sobre fatores que podem vir a afetar essa adesão. Um dos fatores seria sobre os valores religiosos, pois segundo o estudo, *se o tratamento proposto pelo médico chocar-se com valores religiosos dos indivíduos, provavelmente o paciente não seguirá o tratamento proposto (p.146)*.

A Tabela 3 apresenta resultados que diferem essa hipótese levantada pela autora, visto que não há marcadamente uma religião que se relacione com a baixa adesão (Remor et al, 2007), pois a maioria dos participantes (PE1, PE2, PE3, PE5, PCR6 e PCR7) que apresentam adesão “baixa/insuficiente” à TARV (Valor de CEAT-VIH <70) relatam diferentes religiões, além de que todos os participantes afirmaram que a religião não interfere no tratamento.

Tabela 3:

Relação religião com valores de grau de adesão, CD4 e carga viral

Participantes	Religião	A religião interfere no seu tratamento?	Valores de CEAT-VIH	CD4	Carga viral
PE1	crístão	Não	61	123	8.764
PE2	espírita	Não	57	271	<50
PE3	católico	Não	57	122	441.485
PE4	evangélico	Não	85	76	>LMAX
PE5	católico	Não	57	113	>LMÁX
PCR6	católico	Não	69	46	>LMAX
PCR7	católico	Não	63	16	52.533
PCR8	católico	Não	87	445	<LMIN

Com relação ao tempo total de pena, na Tabela 1 observa-se que os oito participantes se distribuíram entre estar sem julgamento (PE5), ter sido condenado há

menos de cinco anos (PE2), ter sido condenado de cinco a dez anos (PE4 e PCR6), ter sido condenado de dez a quinze anos (PE3 e PCR8), ter sido condenado de quinze a vinte anos (PE1) e ter sido condenado há mais de vinte anos de prisão (PCR7). Com relação ao tempo já cumprido, quatro participantes relataram já ter cumprido de cinco a dez anos de pena (PE1, PE3, PCR6 e PCR8), três relataram ter cumprido menos de doze meses de pena (PE5 e PCR7) e dois relataram ter cumprido de um a quatro anos de pena (PE2 e PE4).

Portanto não foi encontrado relação entre tempo total de pena com os graus de adesão à TARV (CEAT-VIH), uma vez que os participantes que apresentaram adesão “baixa/insuficiente” (PE1, PE2, PE3, PE5, PCR6 e PCR7) se distribuíram entre todas as categorias de tempo total de pena. Resultado esse também encontrado entre tempo cumprido de pena com graus de adesão à TARV, visto que mesmo a maioria dos participantes que relataram ter cumprido de cinco a dez anos de pena, foram tanto participantes com adesão “baixa/insuficiente” (PE1, PE3 e PCR6) quanto participante com adesão “estrita” ou alta (PCR8).

A presente pesquisa não encontrou relação entre dados demográficos e adesão à TARV, assim como defendido por Amberbir et al (2008); Dewuf et al (2006); Martini et al (2002); Remor et al (2007) e Tiyu et al (2010).

2. Que participantes apresentaram comportamentos de adesão no Momento 1?

Remor et al (2007), ao considerarem a pontuação do CEAT-VIH, afirmaram que *quanto maior a pontuação maior o grau de adesão ao tratamento (p.3)*. Dessa forma, dividiram os valores/pontuação obtidos no Questionário em três categorias: “adesão estrita” ou alto grau de adesão (valores de CEAT-VIH maiores e iguais a 80), “adesão boa/adequada” (valores de CEAT-VIH entre 75 e 79) e “adesão baixa/insuficiente”, (valores de CEAT-VIH menores e iguais a 74).

Na presente pesquisa, para avaliar a adesão à terapia antirretroviral, os valores de CEAT-VIH foram associados aos índices de CD4 e aos de carga viral. Segundo avaliação do Ministério da Saúde (2008) para que seja constatado “baixa adesão” os índices de CD4 devem estar abaixo de 200 células/mm³ e os de carga viral acima de 100.000 cópias/ml.

A Tabela 4 abaixo apresenta os valores do CEAT-VIH e os dados clínicos (CD4 e carga viral), assim, a partir dos valores obtidos no CEAT-VIH foi possível observar

que sete participantes apresentaram grau de adesão “baixa/insuficiente”, com exceção de PE4 e PCR8, que apresentaram valores de CEAT-VIH acima de 80, configurando uma adesão “estrita” ou alta.

Entretanto, PE4 apesar de apresentar alto grau de adesão de acordo com o relato no Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (valor de CEAT-VIH) (85), seus dados clínicos, taxa de CD4 e índices de carga viral são um dos piores apresentados (76 cels/mm³ e >Lmáx cópias/ml, respectivamente).

Desse modo, o comportamento de PE4 em responder positivamente as perguntas e seus exames mostrarem resultados diferentes dos relatados por ele, exemplifica o que autores (Malerbi, 2000; Monteiro, 2001) apontaram como uma falha do autorrelato, que pode ser pouco fidedigno, uma vez que o indivíduo pode estar sob controle das consequências ao invés de seu relato ser controlado pela própria ocorrência do evento a ser relatado. Conforme De Rose (2000), a investigação de várias doenças dependem do relato verbal do paciente. Esses relatos verbais muitas vezes são recebidos com suspeita, pois

eles referem-se a comportamentos que são considerados tabus e sujeitos a punições sociais severas. Por este motivo, existe sempre a possibilidade de que alguns pacientes não revelem seus comportamentos, mesmo quando os relatos verbais são coletados em situações concebidas como não punitivas (p.141).

Tabela 4:

Valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral dos respectivos participantes.

Participantes	Valores de CEAT-VIH	de	Data da aplicação do CEAT-VIH	CD4 (cels/mm ³)	Carga viral (cópias/ml)	Data da coleta dos dados clínicos
PE1	61		21/10/2011	123	8.764	10/2011
PE2	57		25/10/2011	271	<50	07/2011
PE3	57		06/10/2011	122	441.485	08/2011
PE4	85		21/11/2011	76	>LMAX*	08/2011
PE5	57		22/11/2011	113	>LMÁX*	09/2011
PCR6	69		06/10/2011	46	>LMAX*	–
PCR7	63		06/10/2011	16	52.533	–
PCR8	87		06/10/2011	445	<LMIN**	07/2011

*>LMAX – valores de cópias de vírus/ml de sangue acima do máximo contado

**<LMIN – valores de cópias de vírus/ml de sangue abaixo do mínimo contado

A não correspondência ocorreu também em relação aos resultados obtidos de PE2, mas na direção contrária a PE4. O participante PE2, apesar de relatar adesão

baixa/insuficiente (valor de CEAT-VIH igual a 57), apresentou dados clínicos satisfatórios (271 céls/mm^3 e $<50 \text{ cópias/ml}$), que configurariam um comportamento de adesão. A discordância entre os dados clínicos - indicativos de adesão - e o valor de CEAT-VIH - indicativos de adesão “baixa/insuficiente” - infere-se que seja devido à falta de conhecimento sobre a doença, uma vez que PE2 relatou no CEAT-VIH, não saber os nomes das medicações ARVs que toma, referiu não ter nada de informação sobre a medicação para HIV, relatou a medicação lhe trazer pouco benefício e não considerou que sua vida melhorou desde que começou a tomar ARV. No entanto, os dados clínicos satisfatórios podem indicar que, embora não saiba descrever a contingência, tem seguido as prescrições médicas referentes a tomar a medicação e, portanto, seu comportamento talvez esteja sob controle da regra em tomar a medicação. Segundo Sérgio (2010),

podemos dizer que respostas de descrever contingências são, hoje, um traço característico dos diferentes grupos humanos. A presença de tais respostas é tão marcante que é muito comum acreditarmos que as descrições de contingências são um elemento necessário para que nos comportemos ou, pelo menos, que as descrições estão sempre presentes quando nos comportamos(p. 167).

A partir do que Sérgio (2010) descreve, compreende-se que talvez o participante PE2 tenha apresentado comportamento de adesão a terapia antirretroviral mesmo sem ter conhecimento que estava sendo controlado por uma contingência.

Já os participantes PE3, PE5 e PCR6 apresentaram valor de CEAT-VIH que se configurou como grau de adesão “baixo/insuficiente” e indicadores virológicos altos (carga viral acima de $100.000 \text{ cópias/ml}$) e indicadores imunológicos baixos (CD4 abaixo de 200 céls/mm^3). Portanto, os relatos no Questionário foram correspondentes aos valores dos dados clínicos, sendo considerados participantes com comportamentos de não adesão.

No caso de PCR8 também foi considerado que houve correspondência entre os dados clínicos e o valor do CEAT-VIH, embora indicassem comportamentos de adesão, ou seja, diferentemente de PE3, PE5 e PCR6. Os resultados de PE8, valor de CEAT-VIH (87) e dados clínicos (445 céls/mm^3 e $<50 \text{ cópias/ml}$), mostraram comportamento de adesão, assim como encontrado por Remor et al (2007) que ao

testar a hipótese de que pacientes que mantivessem maior grau de adesão ao tratamento apresentariam menores níveis de carga viral (p.6), Encontrou uma correlação inversa entre o grau de adesão ao tratamento medido pelo CEAT-VIH e a carga viral(p.6).

Dentre os oito participantes, seis apresentaram correspondência entre os valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral, cinco indicativos de comportamentos de não adesão e um de adesão (PCR8). Dois não tiveram resultados correspondentes (PE2 e PE4) entre CEAT-VIH, CD4 e carga viral. No entanto, pelos dados clínicos (CD4 e carga viral), pode-se dizer que apenas um (PE2) provavelmente apresentava comportamento de adesão.

Esses resultados corroboram para o que defendem Arruda (2008); Mellors et al (1997) e Remor et al (2007), com relação a importância em se avaliar as taxas virológicas e imunológicas. Segundo Mellor et al (1997), *a carga viral plasmática foi o melhor preditor da progressão da AIDS e da morte seguida pelos níveis de células CD4 (p.951)*. Remor et al (2007) também concordaram que *a carga viral é um marcador biológico indicador de sucesso com a terapia antirretroviral (p.8)*. Nesse sentido considerou-se que os participantes (PE1, PE3, PE5, PCR6, PCR7) não apresentaram comportamento de adesão, ou seja, baixos valores de CEAT-VIH, por que seus níveis de carga viral foram altos.

3. Quais variáveis se relacionam com a adesão?

Assim como diversos estudos apontaram quais são as variáveis que se relacionam com a adesão a TARV (Amberbir et al, 2008; Andrinopoulos et al, 2010; Caraciolo e Shimma, 2007; Colombrini et al, 2006; Dewuf et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010; Fernandes e Brito, 2005; Guerra e Seidl, 2010; Gusmão et al, 2006; Lopes et al, 2001; Malerbi, 2000; Martini et al, 2002; Remor et al, 2007; Remor et al, 2002; Roberson et al, 2009; Seidl et al, 2007; Seidl e Tróccoli, 2006; Teixeira et al, 2000; Tiyou et al, 2010; Zamani et al, 2010), na presente pesquisa também foram levantadas variáveis que, de alguma forma, relacionaram a adesão à terapia antirretroviral.

Uma das variáveis que pode influenciar no comportamento de adesão ao tratamento são os efeitos colaterais das medicações antirretrovirais (ARVs), que apresentam consequências imediatas desconfortáveis, tais como: enjoos, indisposições e

alucinações (Amberbir et al, 2008; Colombrini et al, 2006; Faustini e Seidl, 2010; Guerra e Seidl, 2010; Gusmão et al, 2006; Seidl et al, 2007; Teixeira et al, 2000).

Assim, os resultados lidos da Tabela 5, obtidos do Momento 1, indicaram uma possível relação entre os efeitos colaterais e comportamentos de adesão - valores de CEAT, CD4 e carga viral. Ainda, na Tabela 5 contém as respostas às perguntas com relação à intensidade dos efeitos colaterais das medicações (CEAT-VIH – ANEXO 2) e com relação à dificuldade para seguir a terapia antirretroviral; às mudanças observadas por eles após o início do tratamento e às interrupções por conta própria (Questionário para avaliar história clínica – APÊNDICE 1).

Dos oito participantes, três (PE1, PE3 e PCR7) disseram avaliar os efeitos colaterais das medicações antirretrovirais (ARVs) como muito intensos; outro (PCR6) avaliou como intenso e um (PE5) avaliou como medianamente intensos, portanto, mais da metade informou algum grau de intensidade nos efeitos colaterais das medicações. Todos esses participantes apresentaram adesão “baixa/insuficiente”, indicadores virológicos altos e indicadores imunológicos baixos. Sendo assim, os efeitos colaterais foi uma variável que pode ter influenciado nos comportamentos de não adesão à terapia antirretroviral.

Os participantes PE2 e PCR8 relataram que os efeitos colaterais possuem nenhuma intensidade e pouca intensidade, respectivamente, tais respostas se comparadas as variáveis que indicam adesão ao tratamento (CD4 e carga viral) são concordantes, visto que PE2 apresentou (271 céls/mm^3 e $<50 \text{ cópias/ml}$) e PCR8 (445 céls/mm^3 e $< \text{Lmín cópias/ml}$), ou seja, restauração do sistema imunológico e supressão viral (Ministério da Saúde, 2008). PE4 permanece com a classe de comportamento observada na Tabela 1, ocorrendo discordância entre suas respostas e seus dados clínicos.

Com relação às dificuldades em seguir a TARV, seis participantes responderam que existem dificuldades. Desses, quatro (PE1, PE3, PCR6 e PCR7) responderam que os efeitos colaterais são uma dificuldade em seguir a terapia, ainda referiram já ter interrompido o tratamento. Esse resultado possibilita pensar que talvez o efeito colateral seja uma das causas da interrupção do tratamento. Tais resultados também foram encontrados na pesquisa de Seidl et al (2007), na qual os participantes disseram ter interrompido uma ou mais vezes a TARV, pois *referiram presença de efeitos colaterais (Por que passava muito mal: tontura, nervosismo, enjôo e dores no estômago)(p.6).*

Resultados de Amberbir et al (2008) também obtiveram como resultado na linha de base o efeito colateral como presente no seguimento do tratamento (em 52,3% dos participantes). Faustino e Seidl (2010) também encontraram em seus trabalhos relatos dos participantes sobre a ocorrência dos efeitos colaterais nos três momentos da pesquisa.

Tabela 5:

Valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral de cada participante e respostas quanto às dificuldades em seguir a TARV e a intensidade dos efeitos colaterais

Participantes	Como avaliam a intensidade dos efeitos colaterais com o uso dos medicamentos para o HIV?	Há dificuldades para seguir a TARV?	Quais?	Houve interrupções por conta própria?	Notou mudanças em você com a TARV?	Quais?	Valores de CEAT-VIH	CD4 (cels/mm ³)	Carga viral (cópias/ml)
PE1	Muito Intensos	Sim	Efeitos colaterais	Sim	Sim	Resultados exame positivo	61	123	8.764
PE2	Nada Intensos	Sim	Tamanho dos comprimidos	Não	Não		57	271	<50
PE3	Muito Intensos	Sim	Efeitos colaterais	Sim	Sim	Efeitos Colaterais	57	122	441.485
PE4	Nada Intensos	Não		Não	Sim	Efeitos colaterais	85	76	>LMAX
PE5	Medianamente Intensos	Sim	Quantidade de comprimidos	Sim	Não		57	113	>LMAX
PCR6	Intensos	Sim	Efeitos colaterais	Sim	Sim	Mais disposto	69	46	>LMAX
PCR7	Muito Intensos	Sim	Efeito Colateral	Sim	Sim	Volta do apetite	63	16	52.533
PCR8	Pouco Intensos	Não		Não	Sim	Mais disposto	87	445	<LMIN

Dentre as dificuldades indagadas para seguimento da TARV, apenas um participante (PE5) relatou que a quantidade de comprimidos dificultou na adesão. Assim, a quantidade de comprimidos tomada variou de três comprimidos/dia a seis comprimidos/dia. Os dois participantes que tomam três comprimidos/dia (PE2 e PCR8) foram os que apresentaram indicadores virológicos baixos e imunológicos altos, ou seja, indicativos de adesão. Os demais que tomavam quatro, cinco ou seis comprimidos/dias apresentaram indicadores virológicos altos e imunológicos baixos, ou seja, indicativos

de não adesão. Portanto, o número de comprimidos tomados por dia foi um fator que influenciou no comportamento de adesão, mesmo tendo sido relatado por apenas um participante, foi um resultado observado nos dados clínicos.

Resultado similar foi visto por Remor et al (2007) que encontrou uma *relação inversa entre o número de comprimidos receitados e o grau de adesão identificado pelo questionário, porém não estatisticamente significativo. No entanto, os pacientes que ingeriram maior quantidade de comprimidos apresentavam carga viral mais alta (p.7)*. Teixeira et al (2000) referiram que mais de três comprimidos por dia, tamanho do comprimido e restrição dietética são fatores associados a não adesão.

Na Tabela 5 também é possível analisar a relação entre as respostas dadas pelos participantes com relação às mudanças observadas com o início do tratamento e a adesão. Dos oito participantes, quatro responderam que observaram mudanças positivas com o início da TARV. As mudanças positivas relatadas por esses quatro participantes foram: melhor disposição (PCR6 e PCR8); mais apetite (PCR8) e melhora nos dados clínicos (PE1). Já os outros dois participantes (PE3 e PE4) indicaram o aparecimento dos efeitos colaterais como uma mudança observada após o início da TARV, ou seja, observaram mudanças negativas. As respostas dadas por PE3 e PE4 assemelham-se as encontradas na pesquisa de Guerra e Seidl (2010) que referiram que a TARV causa efeitos colaterais ruins não condizendo com ter uma “boa saúde”.

Teixeira et al (2000) afirmaram que a falta de “vantagens” terapêuticas estão associadas negativamente a adesão. Assim como para Colombrini et al (2006) que também concordaram com essa afirmação, que *a falta de vantagens terapêuticas imediatas se associam à não adesão(p.578)*. Talvez essa resposta de PE3 e PE4 tenha sido resultado de que ambos não encontraram vantagens terapêuticas com o tratamento, ficando sob controle das conseqüências imediatas (efeitos colaterais), levando a uma adesão “baixa/insuficiente” e a dados clínicos ruins, ou seja, comportamentos de não adesão à TARV.

Em uma síntese da Tabela 5 foi possível observar que os efeitos colaterais são identificados como intensos pela maioria dos participantes e que todos que referiram essa intensidade já interromperam o tratamento em algum momento. Ainda, os efeitos colaterais também são identificados como uma das causas, juntamente com a quantidade de comprimidos, que se apresentam como obstáculos para o seguimento com a terapia antirretroviral, apontando assim como variáveis que interferem na adesão ao tratamento.

Além dos aspectos relacionados à rotina medicamentosa inerente à ingestão de comprimidos, a própria rotina institucional pode aparecer como uma variável coadjuvante na adesão. Estudos (Beckwith et al, 2010 e Roberson et al 2009) em presídios mostraram que a rotina prisional pode ser um facilitador na adesão à TARV pelo fato de serem estabelecidos horários para as atividades realizadas dentro do Sistema Prisional, inclusive a entrega da medicação.

Na Tabela 6, foram apresentadas as respostas dadas a respeito do início da TARV e do momento de conhecimento do diagnóstico dadas no Questionário para avaliar a história clínica e as repostas sobre o tempo cumprido de pena.

O relato dos participantes PE1, PE2, PE4 e PCR7 foi que descobriram a doença em liberdade, porém não iniciaram o tratamento antes do encarceramento. Essa resposta dada por esses participantes talvez possa ser explicada pela rotina que o ambiente prisional propicia aos indivíduos que vivem com HIV/aids, pois uma vez que o tratamento exige um controle de horários e rotina do paciente a prisão pode propiciar esse controle e rotina para o indivíduo que vive com HIV/aids. Segundo Beckwith et al (2010), que realizaram um estudo para apontar a prevenção, o tratamento, a transmissão e os testes para HIV/aids na população encarcerada dos Estados Unidos, a rotina do Sistema Prisional oferece facilidades para a prevenção, o tratamento e a realização dos testes para HIV/aids. Resultados semelhantes também foram encontrados por Roberson et al (2009), em que foi investigado facilidades e barreiras para a adesão aos antirretrovirais em mulheres encarceradas. Assim, a maioria das mulheres entrevistadas relatou que a rotina na prisão leva a uma facilidade em seguir as prescrições dos antirretrovirais, pois segundo elas, pelo fato de na prisão haver horários para todas as atividades, isso auxilia a lembrar de tomar a medicação, ou seja, associam alguma atividade ao horário da medicação. Os resultados da Tabela 6 quanto ao fato da maioria dos participantes não terem iniciado o tratamento em liberdade, possibilita a hipótese de que a rotina da prisão também os tenha auxiliado a seguir o tratamento, assim como descrito pelas mulheres presas na pesquisa de Roberson et al (2009). Entretanto iniciar o tratamento não significa que o indivíduo adere ao tratamento.

PE1, PE5 e PCR6 relataram ter iniciado a TARV no mesmo ano em que receberam o diagnóstico de HIV. Os demais relataram de três a quatro anos para iniciar a TARV após receber o diagnóstico. PE2 e PCR8 não souberam responder.

Tabela 6.

Início da TARV, situação de conhecimento diagnóstico e tempo cumprido de pena

Participantes	Ano em que recebeu diagnóstico?	Estava preso ou em liberdade quando o diagnóstico foi dado?	Ano em que iniciou a TARV?	Iniciou corretamente a TARV, em liberdade, na prisão ou no CHSP?	Tempo cumprido de pena (cálculo feito com relação ao ano de 2011)
PE1	1988	Liberdade	1988	CHSP	8 anos
PE2	2010	Liberdade	Não sabe	CHSP	2 anos
PE3	2004	Preso	2008	Prisão	9 anos
PE4	2007	Liberdade	2009	Prisão	2 anos 2 meses
PE5	2011	Preso	2011	CHSP	5 meses
PCR6	2011	Preso	2011	CHSP	5 anos e 1 mês
PCR7	1995	Liberdade	1998	Preso	4 meses
PCR8	1992	Preso	Não sabe	Preso	20 anos

Deve-se considerar que os que relataram início no mesmo ano em que tiveram o diagnóstico não foram participantes que apresentaram comportamentos de adesão, conforme resultados anteriores (Tabela 4), ou seja, o relato sobre o uso da TARV pode ter sido impreciso ou a terapia feita de forma incorreta - fora dos horários ou não tomar todos os comprimidos.

A relação entre encarceramento e adesão também pode ser analisada sob outro ponto de vista, o do isolamento social (Colombrini et al, 2006; Remor et al, 2007 e Teixeira et al, 2000). O isolamento social foi destacado como variável que interfere na adesão em estudos com pacientes vivendo com HIV/aids, que provavelmente relaciona-se com a possibilidade de ocorrência de reforçamento social advindo de pessoas da comunidade fora do grupo de infectados. Em um presídio, a comunidade que deveria agir de forma reforçadora para os comportamentos de adesão (equipe de saúde) nem sempre está tecnicamente preparada para essa função. Os outros pacientes apresentam as mesmas dificuldades na adesão e, possivelmente, não seriam agentes de mudança.

A fim de identificar a relação entre médico e participante, tal como proposto em diferentes estudos (Fernandes e Britto, 2005, Malerbi, 2000 e Roberson et al, 2009), foram analisadas as ações vocais e não vocais dos médicos, segundo modelo proposto por Fernandes e Britto (2005).

Dessa forma, a pesquisadora acompanhou os médicos nas visitas aos leitos, tal como estipulado pela rotina hospitalar, registrando a ocorrência de comportamentos emitidos durante essas visitas e baseou-se nas categorias vocais e não vocais propostas por Fernandes e Britto (2005). Os médicos entravam na Unidade de Internação em

dupla e cada um entrava em um leito individual para realizar o atendimento, simultaneamente.

Inicialmente, é apresentada na Tabela 7, a distribuição das visitas entre os médicos e os participantes nos diferentes dias e fases da pesquisa - Momento 1 ou Momento 2, ou seja, antes ou após o início dos Encontros. Os médicos, durante a visita, questionavam sobre diferentes sintomas que podiam ter surgido, sanavam dúvidas, informavam resultados de exames e examinavam os pacientes.

Notou-se que nas datas de 07 de outubro até 19 de novembro, apenas dois participantes do grupo experimental foram atendidos (PE1 e PE2) e três participantes do grupo controle (PCR6, PCR7 e PCR8). Como anteriormente descrito e observado na Tabela 7, três participantes (PE3, PE4 e PE5) foram incluídos mais tardiamente (23 de novembro) em função da manifestação tardia de interesse em participar e recém internação.

Ainda, observa-se na Tabela 7 que D1 foi observado durante uma única visita, enquanto que D2 foi observado em duas visitas e D3 em três visitas. Isso ocorreu, uma vez que as visitas ocorreram de forma randômica, sem dia predeterminado, portanto as visitas foram observadas com o médico que estivesse realizando a visita no dia.

Tabela 7:

Ocorrências das visitas aos participantes pelos diferentes médicos ao longo do Momento 1 e 2

Datas visitas	MOMENTO 1 (antes do início dos Encontros)		Momento 2 para PE1 e PE2			MOMENTO 2
Médicos/datas	07/10/11	21/10/11	08/11/11	19/11/11	23/11/11	07/12/11
D1	PCR7 PCR8					
D2		PE1 PE2 PCR6 PCR7 PCR8		PE1 PE2		
D3			PE1 PE2		PE3 PE4 PE5	PE1 PE2 PE3 PE4 PE5

Ao longo das visitas médicas, foi possível observar e comparar as ocorrências comportamentais durante o Momento 1 e 2, além de identificar alterações de

comportamentos dos participantes e dos médicos, que foram relacionadas aos conteúdos dos Encontros ocorridos no Momento 2.

Na Tabela 8, é possível observar a ocorrência das ações vocais e não vocais facilitadoras e não facilitadoras apresentadas pelos três médicos infectologistas (D1, D2 e D3) durante as visitas aos leitos dos participantes.

Dessa forma, as ações vocais facilitadoras: “Perguntar se o paciente entendeu as explicações”, “Emitir falas apropriadas que expressam compreensão” e “Emitir falas assertivas na primeira pessoa do plural” foram frequentemente observadas durante as entrevistas nas visitas a todos os participantes por D1, D2 e D3. Já as falas referentes a “Esclarecer dúvidas do paciente” e “Explicar sobre exames, doenças e procedimentos” ocorreram com menor frequência nas primeiras visitas, visto que essas ações verbais dependiam do participante, pois ocorriam se ele expressasse alguma dúvida ou tivesse realizado algum exame.

É possível constatar que na categoria ação vocal não facilitadora a “entrevista ocorreu rapidamente” em todas as visitas. Essa rapidez ocorreu devido à quantidade de pacientes ser muito alta em relação ao tempo que os médicos têm para atender a todos. Já, as ações vocais não facilitadoras foram apresentadas por apenas D3 no último dia de visita, (07/12/11) “comportando-se passível de punição social ou biológica” com PE3, como por exemplo, dizer ao participante que caso ele não estivesse “interessado em seguir a TARV receberia alta hospitalar para disponibilizar sua vaga para algum paciente que quisesse se tratar” (sic). Nessa visita PE3 repetiu por várias vezes, no atendimento com o médico, que pararia de tomar sua medicação caso o serviço de segurança do CHSP não permitisse que sua esposa pudesse ir visitá-lo.

Os resultados de Fernandes e Britto (2005) são semelhantes aos encontrados na presente pesquisa com relação aos comportamentos dos médicos. As autoras notaram que

de um modo geral, os dados indicaram uma preocupação dos médicos em fornecer explicações aos pacientes sobre exames. Os resultados indicaram que todos os médicos explicaram sobre os exames e perguntaram se os pacientes haviam entendido as explicações (p.217).

Os resultados assemelharam-se também no que diz respeito aos comportamentos não vocais, pois assim como para as autoras, a presente pesquisa Encontrou baixa frequência no comportamento de “Sorrir para o participante”.

Tabela 8:

Ações vocais e não vocais que os médicos infectologistas (D1, D2 e D3) apresentaram ao longo das visitas médicas.

	Momento 1				Momento 2	
	07/10/11	21/10/11	08/11/11	19/11/11	23/11/11	07/12/11
Ação vocal facilitadora						
- Perguntar se o paciente entendeu as explicações	D1	D2	D3	D2	D3	D3
- Esclarecer dúvidas do paciente	D1	D2	D3	D2	D3	D3
- Falas apropriadas que expressam compreensão	D1	D2	D3	D2	D3	D3
- Falas assertivas na primeira pessoa do plural	D1	D2	D3	D2	D3	D3
- Explicar sobre exames, doença e procedimentos	D1	D2	D3	D2	D3	D3
Ação vocal não facilitadora						
- Citar termos técnicos sem explicá-los	—	—	—	—	—	—
- Questionar a veracidade das falas do paciente	—	—	—	—	—	—
- Comportamento passível de punição social ou biológica	—	—	—	—	—	D3
- Entrevistar rapidamente	D1	D2	D3	D2	D3	D3
- Não dá oportunidade que o paciente se expresse	—	—	—	—	—	—
- Insistir na mesma pergunta	—	—	—	—	—	—
- Dar ordens ao paciente	—	—	—	—	—	—
- Responder pelo paciente	—	—	—	—	—	—
Ação não vocal facilitadora						
- Sorrir para o paciente	D3	D2	D2	D2	D3	D3
- Encurvar o corpo em direção ao paciente	D3	D2	D2	D2	D3	D3
- Manter contato visual com o paciente	D3	D2	D2	D2	D3	D3
- Balançar a cabeça afirmativamente	D3	D2	D2	D2	D3	D3
Ação não vocal não facilitadora						
- Postura corporal ereta com a cabeça inclinada para o alto	—	—	—	—	—	—
- Interromper a consulta	—	—	—	—	—	—
- Olhar para os lados enquanto o paciente fala	—	—	—	—	—	—
- Movimentar inquietamente mãos e pés	—	—	—	—	—	—
- Examinar paciente apressadamente	—	—	—	—	—	—

Fonte baseado: Fernandes e Britto, 2005

No geral, os médicos apresentaram mais ações vocais e não vocais facilitadoras do que não facilitadoras de adesão, o que, segundo Malerbi (2000) e Fernandes e Britto (2005), são interações importantes para auxiliar na ocorrência de adesão, uma vez que são os profissionais de saúde que passam as informações do tratamento; tiram dúvidas; adaptam a medicação a rotina do paciente; envolvem familiares; apóiam e acolhem; ou seja, são figuras de confiança para o paciente.

No entanto, uma vez que, no presente estudo, todos os médicos mantiveram interações vocais e não vocais durante o tempo anterior à intervenção (M1) e após a intervenção (M2), essa variável parece não ter interferido na adesão à TARV, conforme resultados analisados na Tabela 4, que se constatou que a maioria dos participantes apresentaram comportamentos de não adesão (CEAT-VIH, CD4 e carga viral). Portanto a relação médico-participante não foi uma variável que interferiu na adesão.

Visto que os comportamentos dos médicos observados nas visitas não trouxeram influência na adesão dos participantes, as visitas médicas possibilitaram a observação de outros comportamentos. Dessa forma, notou-se, além dos comportamentos dos médicos, as alterações de comportamentos dos participantes e se houve relação dessas alterações com os conteúdos dos Encontros.

Na Tabela 9 é possível observar os comportamentos dos participantes nos dias das visitas médicas, nos Momentos 1, ou seja, antes da intervenção - Momento 2, que foram classificados de acordo com as categorias de Fernandes e Britto (2005), utilizando quatro categorias: relato indicativo de adesão; relato indicativo de risco de adesão; ação vocal indicativa de adesão e ação não vocal indicativa de não adesão.

Além das categorias de comportamentos, a Tabela 9 possibilita observar as visitas médicas (07 e 21 de outubro; 23 de novembro), que ocorreram durante a realização do Momento 1, e quais comportamento puderam ser observados. Importante lembrar que PE1, PE2, PCR6, PCR7 e PCR8 tiveram seu Momento 1 observado apenas nas visitas dos dias 07 e 21 de outubro. Enquanto que para os demais participantes (PE3, PE4 e PE5) o Momento 1 pôde ser observado na visita do dia 23 de novembro.

Com relação ao grupo controle (PCR6, PCR7 e PCR8), observou-se que os participantes mantiveram constantes as variações de relatos e ações não vocais indicativas de adesão, se comparadas a primeira visita com a segunda. Os participantes do grupo experimental emitiram quatro variações de relatos indicativos de adesão (PE1, PE3 e PE4) e três variações de ações não vocais indicativas de adesão (PE1 e PE2). Se comparada as variações de relatos e ações não vocais indicativo de adesão entre grupo experimental e grupo controle, o grupo experimental emitiu mais variações dessa categoria.

Assim como para Fernandes e Britto (2005) que encontraram durante suas observações filmadas, 52,8% dos pacientes-participantes emitindo ações de “Responder

atentamente às perguntas do médico”, a presente pesquisa também observou essa ação como a mais emitida por todos os participantes - nove ocorrências no Momento 1.

Com relação ao relato indicativo de risco para adesão, PE1 emitiu o comportamento de “Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento” na segunda visita médica acompanhada pela pesquisadora, ou seja, antes de participar do Momento 2. Tal relato indicativo de risco de adesão é concordante com o relato de PE1 durante o Encontro do dia 01 de novembro o qual disse jogar fora algumas das medicações ou então tomá-las em horários diferentes dos prescritos para coincidir com os horários das refeições, pois não via vantagem no tratamento, uma vez que as medicações causavam efeitos colaterais ruins. Esse relato de PE1 foi concordante aos resultados encontrados na Tabela 5. Assim como para Colombrini et al (2006), Guerra e Seidl (2010) e Teixeira et al (2000), que também encontraram em seus resultados que há uma falta de vantagem em tomar a medicação pelo fato de apresentarem resultados imediatos negativos - efeitos colaterais.

Tabela 9:

Comportamentos dos participantes durante as visitas médicas no Momento 1

Comportamentos observados	07/10/11 D1	21/10/11 D2	23/11/11 D3
Relato indicativo de adesão			
- Falar que vai prosseguir com o tratamento	PCR8	PCR8	
- Falar sobre morrer caso não inicie o tratamento			PE3
- Pedir informações sobre a doença			PE4
- Responder atentamente às perguntas do médico	PCR6 e PCR7	PE1, PCR6 e PCR7	
- Questionar sobre os exames a serem feitos	PCR8	PCR8	
- Fornecer informações complementares sobre seus comportamentos		PE1	
Relato indicativo de risco para adesão			
- Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento		PE1	
- Falar indicando desconhecer a transmissão do vírus			
- Falar sobre as dificuldades para conseguir os medicamentos			
Ação não verbal indicativa de adesão			
- Manter contato visual com o médico	PCR6 e PCR7	PE2, PCR6 e PCR7	
- Balançar a cabeça em sinal de afirmação	PCR6 e PCR7	PE1, PE2, PCR6 e PCR7	
- Apressar-se para cumprir solicitações do médico	PCR6 e PCR7	PCR6 e PCR7	
- Encurvar o corpo em direção ao médico enquanto recebe informações	PCR6 e PCR7	PCR6 e PCR7	
Ação não verbal indicativa de não adesão			
- Desviar o olhar do médico		PE1	PE3, PE4 e PE5
- Movimentar-se na cadeira			PE3
- Bocejar, enquanto o médico fala			PE3 e PE4
- Balançar a cabeça em sinal de discordância			
- Movimentar mãos e pés durante a consulta			PE3

Fonte baseada: Fernandes e Brito (2005)

PE1 é um participante que apresentou inicialmente indicadores imunológicos baixos (CD4 123 céls/mm³) e indicadores virológicos altos (carga viral 8.764 cópias/ml), juntamente com o valor de CEAT-VIH classificado como de adesão baixa/insuficiente (Tabela 4). Portanto seu relato na primeira visita - falta de motivação para prosseguir com o tratamento - foi coerente com seus índices de adesão.

Houve oito ocorrências de comportamentos referentes à categoria “ações não vocais indicativas de não adesão” emitidos por PE1, PE3, PE4 e PE5, sendo que PE3 foi o participante que mais emitiu diferentes comportamentos desse tipo (quatro), apontando mais um indicador de dificuldades em aderir à terapia antirretroviral.

Também os dados indicativos de adesão (CEAT-VIH e dados clínicos) de PE1, PE4 e PE5 poderiam ser interpretados como correspondentes a comportamentos apresentados nas visitas médicas, mas também houve dados divergentes nas mesmas situações de visita (relatos indicativos de adesão de PE3 e PE4). Embora com menor ocorrência e, portanto, essas interações não poderiam ser consideradas variáveis precisas de adesão, mas fatores adicionais na compreensão da adesão.

Tabela 10:

Comportamentos observados nos participantes no Momento 2.

Comportamentos observados	08/11/11 D3	19/11/11 D2	07/12/11 D3
Relato indicativo de adesão			
- Falar que vai prosseguir com o tratamento	PE1	PE1	PE1
- Falar sobre morrer caso não inicie o tratamento			
- Pedir informações sobre a doença		PE1	PE1 e PE4
- Responder atentamente às perguntas do médico			PE1, PE4 e PE5
- Questionar sobre os exames a serem feitos	PE1	PE1	PE1, PE4 e PE5
- Fornecer informações complementares sobre seus comportamentos			PE1
Relato indicativo de risco para adesão			
- Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento			PE3
- Falar indicando desconhecer a transmissão do vírus	PE2		
- Falar sobre as dificuldades para conseguir os medicamentos			
Ação não verbal indicativa de adesão			
- Manter contato visual com o médico	PE1, PE2	PE1, PE2	PE1, PE2, PE4 e PE5
- Balançar a cabeça em sinal de afirmação	PE1, PE2	PE1, PE2	PE2
- Apressar-se para cumprir solicitações do médico		PE1	PE1 e PE2
- Encurvar o corpo em direção ao médico enquanto recebe informações			PE2
Ação não verbal indicativa de não adesão			
- Desviar o olhar do médico	PE1		PE3
- Movimentar-se na cadeira			PE3
- Bocejar enquanto o médico fala			
- Balançar a cabeça em sinal de discordância			
- Movimentar mãos e pés durante a consulta			PE3

Fonte baseada: Fernandes e Brito (2005)

A Tabela 10 apresenta os comportamentos categorizados, segundo Fernandes e Brito (2005), que se apresentaram durante as visitas médicas observadas após o

Momento 2, ou seja, após a realização dos Encontros. É possível observar que com relação aos relatos indicativos de adesão as variações foram aumentando a cada dia de visita, chegando a dez diferentes tipos de relato no último dia (07/12), sendo que PE1 apresentou a maior variação (cinco) se comparada a cada um dos demais participantes. PE4 e PE5 também aumentaram as variações de relatos indicativos de adesão após a realização dos três Encontros do Momento 2.

Infere-se que houve esse aumento desse tipo de relato, pois nos três primeiros Encontros (25/11, 29/11 e 06/12) em que todos os participantes do grupo experimental estavam presentes, foram abordadas questões referentes a formas de transmissão; ao tratamento; aos exames para acompanhar CD4 e à carga viral; aos diferentes tipos dos antirretrovirais; à importância em questionarem os médicos quanto a possíveis dúvidas; temas esses que poderiam ter tornado os participantes mais ativos em relação a sua doença, levando-os a indagarem mais (“Pedir informações sobre a doença”, “Questionar sobre exames a serem feitos”) ou “Responder atentamente as perguntas dos médicos”.

O mesmo pode ser dito em relação às ações não vocais indicativas de adesão também houve maior variação dessas ações, se comparadas às emitidas no Momento 1. O participante PE2 aumentou consideravelmente as variações nessa categoria principalmente após a realização dos primeiros Encontros, chegando a emitir todas as possibilidades de ação (quatro) para essa categoria. PE4 e PE5 também aumentaram a variação de ações assim como PE2. Ainda, o participante PE5 compareceu ao primeiro Encontro de cadeira de rodas e ao longo dos Encontros foi manifestando melhora clínica visível, como vindo ao último Encontro deambulando, o que poderia indicar a ingestão correta de medicamentos e portanto uma melhora no quadro clínico.

No que se refere à ação não vocal indicativa de não adesão, PE1 PE4 e PE5 não emitiram mais essa ação após os três primeiros Encontros, ou seja, durante o Momento 2.

Diferente dos demais, PE3 foi o único que aumentou variações de relato indicativo de risco de adesão e ação não vocal indicativa de não adesão após o Momento 2. Esse participante faltou aos dois últimos Encontros, e mencionou não participar, pois não sairia de seu leito enquanto o Serviço de Segurança do CHSP não liberasse a entrada de sua esposa para visitá-lo. Portanto, seu confronto com as normas institucionais implicaram na sua não participação nos Encontros do momento 2.

Já as fichas de autorregistro propostas ao longo dos Encontros como forma dos participantes registrarem se tomaram as medicações ou não, como forma de auxiliá-los a controlar a ingestão dos ARVs, foi preenchida corretamente apenas por PE2, os demais referiram esquecimento como causa para não terem preenchido. Observou-se, então, que essa ficha foi uma estratégia pouco eficaz para a maioria dos participantes.

Em síntese, na comparação dos comportamentos observados nos Momentos 1 (Tabela 9) e 2 (Tabela 10), observou-se um aumento dos comportamentos indicativos de adesão dos participantes do grupo experimental após a realização dos Encontros propostos no Momento 2 e uma diminuição dos comportamentos indicativos de não adesão após os Encontros do Momento 2, com exceção de PE3 que aumentou essa categoria de comportamento.

Infere-se que esse aumento de comportamento indicativo de adesão e diminuição dos indicativos de não adesão tenha ocorrido devido aos Encontros do Momento 2, pois as temáticas que eram abordadas nos Encontros apareceram como um possível causador de mudança de comportamento dos participantes. Como por exemplo, nos Encontros foram discutidos resultados de exames de CD4 e carga viral e nas visitas os participantes questionaram os médicos quanto aos resultados dos exames logo após o Encontro ter discutido esse conteúdo. Ressalta-se que PE1 obteve consequência imediata após seguir uma orientação de seu médico, de em vez de jogar fora a medicação, deveria alterar os horários das medicações. Ao seguir essa orientação, PE1 relatou diminuição do efeito colateral adverso da medicação.

Na visão dos participantes, houve mudanças importantes, de acordo com o relato feito por eles quanto ao tipo de informação sobre a doença antes e após os Encontros. Esses relatos estão representados na Tabela 11.

Assim, no Momento 1, sete (7) dos participantes relataram não saber os nomes de seus antirretrovirais, apenas PCR8 relatou lembrar os nomes das medicações, reportando os nomes corretos. Quanto às informações sobre a doença, cinco (5) dos participantes disseram saber “nada” (PE1, PE2, PE5, PE6 e PE7), um participante disse saber “pouco” (PE3) e um disse saber “regular” (PCR8) sobre a doença. No Momento 3 foi relatado terem ‘muito’ e “bastante” informação sobre a doença por todos os participantes do grupo experimental. Desse modo, todos os participantes que fizeram parte dos Encontros do Momento 2 referiram melhoria importante nas informações sobre a doença.

Tabela 11:

Respostas dadas pelos participantes sobre informações da doença nos Momentos 1 e 3

	Momento 1		Momento 3	
Participantes	Lembra que medicação toma (nomes)	Quanto de informação você tem sobre a medicação que toma para HIV	Lembra que medicação toma (nomes)	Quanto de informação você tem sobre a medicação que toma para HIV
PE1	Não	Nada	Sim e nomes	Muito
PE2	Não	Nada	Não	Muito
PE3	Não	Pouco	Sim e nomes	Bastante
PE4	Não	Muito	Sim e nomes	Muito
PE5	Não	Nada	Sim e nomes	Muito
PCR6	Não	Nada	Não	Nada
PCR7	Não	Nada	Não	Nada
PCR8	Sim e nomes	Regular	Sim e nomes	Regular

Uma das hipóteses investigada no presente estudo refere-se à possibilidade de a ausência de informação ser uma variável que interfere na adesão à terapia antirretroviral. Até o momento pode-se constatar que os participantes que relataram ter qualquer conhecimento ou pouco ou regular sobre a doença apresentaram grau de adesão baixo/insatisfatório e dados clínicos ruins (Tabela 4).

Os Encontros realizados no Momento 2 pretenderam que os participantes se envolvessem mais com a doença - tirassem suas dúvidas, aumentassem a percepção dos benefícios do tratamento, recebessem auxílio no manejo das dificuldades em aderir, trocassem experiências com outros participantes.

Os resultados do Momento 2, com relação as informações adquiridas sobre a doença, podem ser vistos também na Tabela 11. O que anteriormente (Momento 1) foi apresentado que sete (7) participantes - grupo experimental e controle - relataram ter “nada”, “pouco” ou “regular” de informação sobre a doença, no Momento 3 foi relatado por todos os participantes do grupo experimental, terem ‘muito’ e “bastante” informação sobre a doença. Desse modo, todos os participantes que fizeram parte dos Encontros do Momento 2 referiram aumento importante de informações sobre a doença.

Esse resultado foi encontrado por Roberson et al (2009), que investigou facilitadores e barreiras para a adesão à TARV em mulheres presas. Assim, as mulheres

entrevistadas disseram que o conhecimento da doença, além de aprender mais sobre ela, poderia levar a uma melhor aceitação dos antirretrovirais. Andrinopoulos et al (2010) aplicou questionários em homens presos para explorar relações entre autoeficácia, o estigma do HIV e a aceitação dos testes de sorologia. Em uma de suas perguntas, os autores perguntam se o sujeito considera ter baixo ou alto conhecimento sobre a doença, dos 298 entrevistados 153 referiram saber pouco sobre a doença. Zamani et al (2010) também encontraram resultados semelhantes em pesquisa realizada com pessoas presas no Irã, sendo assim, encontraram que 58% e 41% dos entrevistados referiram não saber que HIV não poderia ser transmitido por picada de mosquito ou dividir uma carne com alguém infectado, respectivamente.

No terceiro Encontro, os participantes, a médica, a enfermeira e a pesquisadora puderam responder de forma aleatória perguntas sobre a doença que foram discutidas nos Encontros. Essas perguntas encontram-se na Tabela 12 a seguir.

Todas as respostas foram dadas de forma correta e puderam apresentar um produto dos Encontros, o qual todos os participantes observaram a partir de suas respostas corretas que sua informação quanto à doença foi modificada. Em síntese, a informação é um fator que pode vir a facilitar a adesão à TARV.

Dessa forma, até o momento, os resultados positivos do Momento 2 foram oriundos do autorrelato (Questionários e observação das visitas médicas). Entretanto, diversos autores defendem que o autorrelato pode levar a dados não fidedignos (Caraciolo e Shimma, 2007; De Rose, 2000; Malerbi, 2000; Monteiro, 2001 e Teixeira et al, 2000). Portanto, para auxiliar na medida de adesão é defendido a utilização de dados clínicos (CD4 e carga viral) juntamente com questionários/entrevistas para que possam levar a uma fidedignidade dos resultados.

Tabela 12.
Respostas dadas pelos participantes as perguntas sobre HIV/AIDS no Encontro 3

Questões	Cada integrante do grupo (participantes, pesquisadora, médica e enfermeira) respondeu a uma das perguntas. As respostas dadas foram corretas e puderam retomar discussões dos grupos anteriores e enfatizar orientações dadas pela médica infectologista.
Quais valores de CD4 e carga viral são considerados bons?	“CD4 acima de 200cél/mm ³ e carga viral indetectável”
Existe algum portador que não transmite a doença?	“Não. Todo portador é transmissor, às vezes, não transmite por sorte, pelo fato de ter pouco vírus no corpo.”
Os efeitos colaterais são iguais para todos os pacientes?	“Não. Às vezes, um pode ter efeito colateral com aquele remédio e outro não”
Há possibilidade de uma criança com pais soropositivos nascer com a doença?	“Sim, mas se fizer o pré-natal, tomar os antirretrovirais antes do parto e depois do parto a criança, ela pode nascer sem a doença”
Como se prevenir a doença?	“Usar camisinha, não usar da mesma seringa, não usar o mesmo aparelho de barbear”
Quais as formas de se contrair HIV/AIDS?	“Relação sexual sem proteção, uso de mesma seringa”
O que tomar a medicação corretamente faz com o nosso corpo?	“Faz com que não tenham outras doenças oportunistas e controla a quantidade de vírus no sangue”
Por que aparecem as doenças oportunistas?	“Por que a imunidade está baixa e a carga viral está alta”

4. Respondendo ao problema de pesquisa

O objetivo da pesquisa foi avaliar se os Encontros informativos sobre a doença (Momento 2) levariam alterações no seguimento das prescrições e conseqüente alteração nos valores de CEAT-VIH e nos dados clínicos (CD4 e carga viral). Na Tabela 13, são apresentados os valores de CEAT-VIH, CD4 e da carga viral obtidos nos Momentos 1 e 3.(o tempo entre o Momento 1 e o Momento 3 foi de quatro meses).

Todos os participantes do grupo experimental (PE1, PE2, PE3, PE4 e PE5) obtiveram aumento nos valores de CEAT-VIH, ou seja, aumentaram o grau de adesão do Momento 1 para o Momento 3. Para Remor et al (2007), valores de CEAT-VIH maiores ou iguais a 80 constituíram em adesão “estrita” ou alta.

Tabela 13.

Valores de CEAT-VIH, CD4 e carga viral Momentos 1 e 3

Participantes	Momento 1			Momento 3		
	CEAT-VIH	CD4	Carga viral	CEAT-VIH	CD4	Carga viral
PE1	61	123	8.764	82	104	121
PE2	57	271	<LMIN	85	271	<LMIN
PE3	57	122	441.485	82	308	278
PE4	85	76	>LMAX	89	33	101.713
PE5	57	113	>LMÁX	80	213	129
PCR6	69	46	>LMAX	68	55	>LMAX
PCR7	63	16	52.533	62	22	45.397
PCR8	87	445	<LMIN	87	618	<LMIN

Por conseguinte, todos os participantes do grupo experimental passaram de uma adesão baixa/insuficiente - valores CEAT-VIH iguais ou abaixo de 74 - para uma adesão “estrita” ou alta. Resultados esses diferentes dos encontrados nos participantes de grupos controle, pois PCR6 e PCR7 baixaram seu grau de adesão em um ponto e PCR8 manteve seu valor constante (Figura 1).

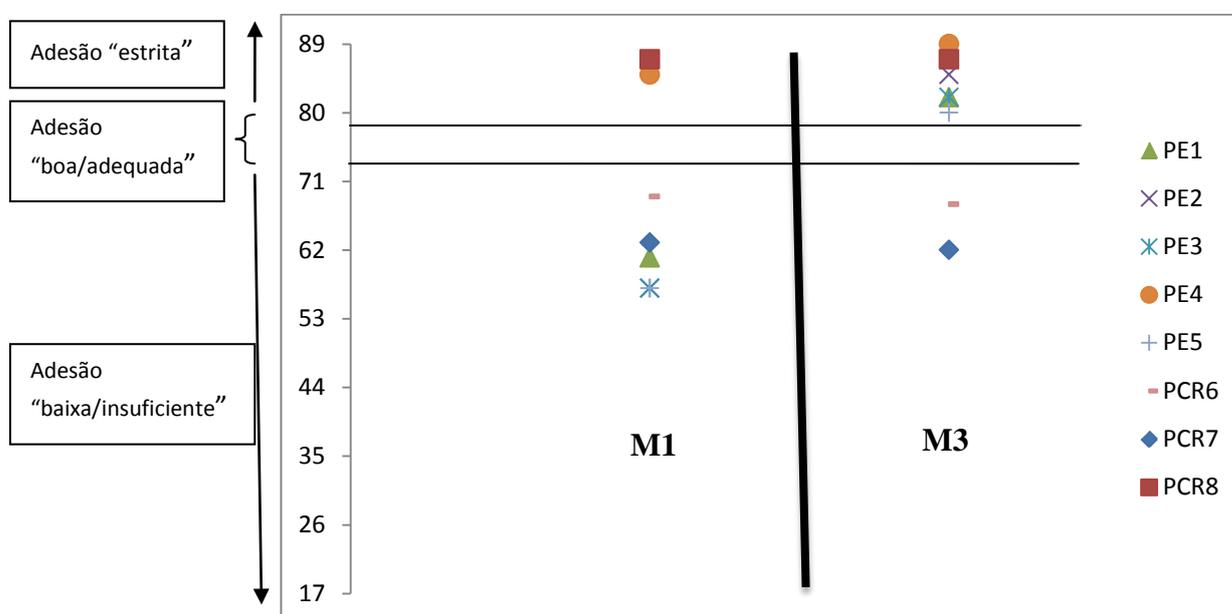


Figura 1. CEAT-VIH 1 x CEAT-VIH 3

Visto que o CEAT-VIH é baseado no autorrelato dos participantes, que apresenta a possibilidade de não ser fidedigno, uma vez que o comportamento de

autorrelato pode estar sob controle das consequências e não da ocorrência do evento a ser relatado (De Rose, 2000; Malerbi, 2000) foram utilizados indicadores virológicos (carga viral) e imunológicos (CD4) (Caraciolo e Shimma, 2007; Taixeira et al 2000), além dos valores de CEAT-VIH para a caracterização de adesão à TARV.

A carga viral e as células CD4 foram apontadas por autores (Amberbir et al, 2008; Guerra e Seidl, 2010; Faustino e Seidl, 2010; Remor et al, 2007; Seidl et al, 2007 e Tiyou et al, 2010) como importantes formas de se avaliar a adesão à TARV. Para Mellors et al (1997) a carga viral e as células CD4 foram encontradas como os dois melhores preditores da progressão da AIDS. Para Arruda (2008), *a terapia antirretroviral (TARV) reduz drasticamente a carga viral do HIV e aumenta a contagem de linfócitos T-CD4, que garantem diminuição da incidência de infecções oportunistas e da mortalidade, além de melhoria da qualidade de vida. (p.1).*

Tal resultado, defendido por Arruda (2008), foi encontrado na presente pesquisa. A Figura 2 possibilita identificar uma melhora nos dados clínicos dos participantes do grupo experimental. A maioria (PE1, PE3, PE4 e PE5) obteve supressão viral - diminuição dos níveis de carga viral, exceto PE2 que manteve medida de carga viral indetectável (<LMIN cópias/ml). Os dois participantes que mais diminuíram os níveis de carga viral foram PE3 e PE5, de 441.485 para 278 cópias/ml e de >LMAX para 129 cópias/ml, respectivamente. PE4, apesar de apresentar diminuição dos níveis de carga viral do Momento 1 para o Momento 3, realizou um exame de genotipagem⁴, apresentando uma resistência a uma das medicações antirretrovirais prescritas, sendo, portanto, alterado o esquema terapêutico após os resultados do exame citado.

No grupo controle, diferentemente do grupo experimental, não obtiveram diminuição significativa dos níveis de carga viral, PCR6 manteve sua carga viral >LMAX e PCR7, diminuiu sua carga viral de 52.533 para 45.397 cópias/ml. Já PCR8, no Momento 1, já apresentava níveis de carga viral < LMIN e manteve esse resultado no Momento 3.

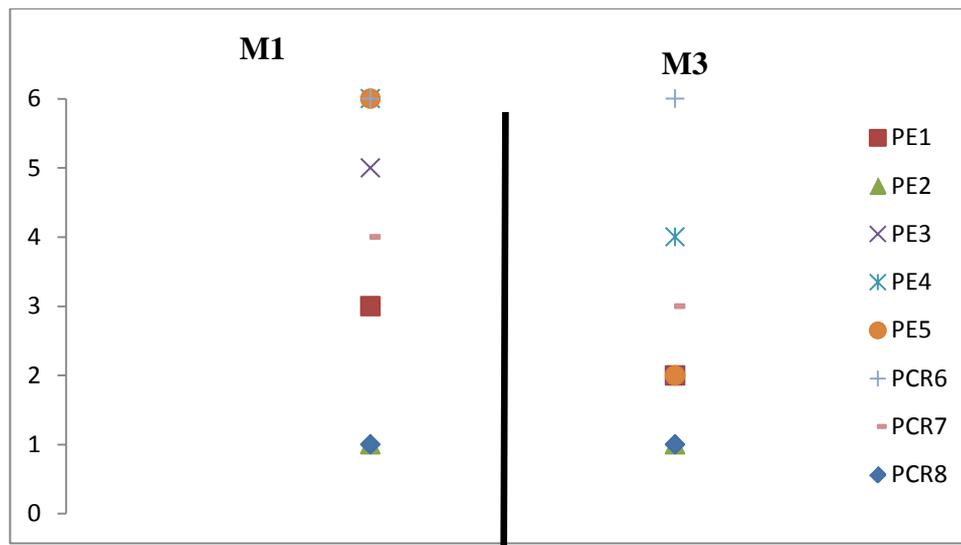


Figura 2. Carga viral 1 X Carga viral 3

Legenda:

- 1- Carga viral indetectável (<LMIN)
- 2- 100 – 500 cópias/ml
- 3- 5.000 – 49.999 cópias/ml
- 4- 50.000 – 299.999 cópias/ml
- 5- 300.000 – 500.000 cópias/ml
- 6- > LMAX

Com relação às células CD4, outro importante preditor para a progressão da AIDS (Mellors et al, 1997), dois dos participantes do grupo experimental (PE3, PE5) apresentaram aumento dos indicadores imunológicos, PE2 manteve constante o número de células linfócito e PE1 e PE4 diminuíram as taxas de CD4. O grupo controle (PCR6, PCR7 e PCR8) apresentou aumento nas taxas de CD4, não identificado as variáveis que influenciaram esse aumento das níveis de CD4 (Figura 3).

⁴Genotipagem – Teste utilizado para detectar a magnitude da resistência viral aos medicamentos, aprimorando a escolha do novo esquema terapêutico, permitindo selecionar a terapia antirretroviral mais eficaz (Ministério da Saúde, 2008)

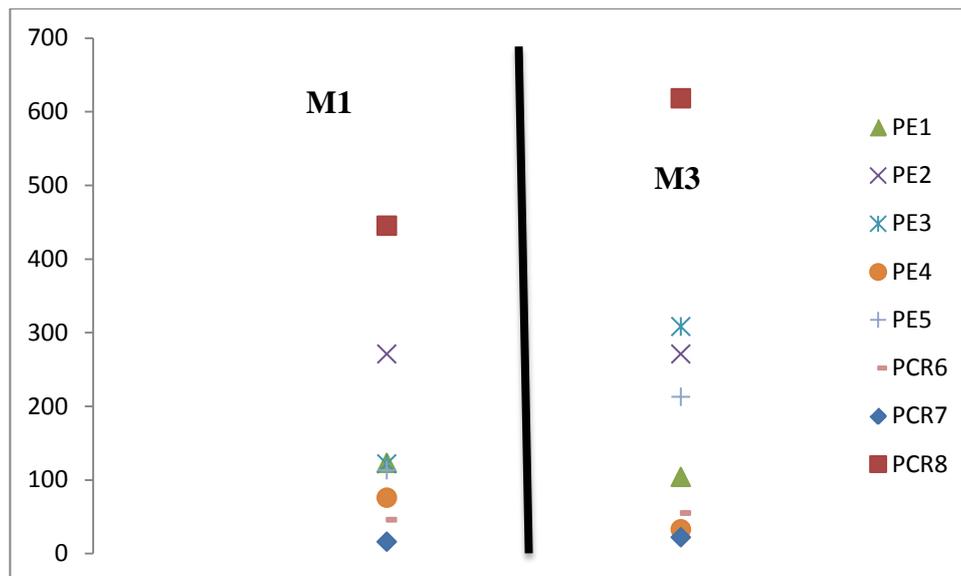


Figura 3. CD41 X CD43

Os indicadores imunológicos são taxas que dependem de outras variáveis (outras doenças, momentos de estresse e má alimentação), assim sendo, segundo Arruda (2008), pacientes com $CD4 < 100$ céls/ mm^3 ou valores próximos precisam ser monitorados mais de perto no início da TARV, pois podem estar em uma fase em que seu sistema imunológico está se restituindo - Síndrome da Reconstituição Imune - SIRI. Destarte, talvez os participantes não tenham apresentado restauração do sistema imunológico tão significativo quanto às mudanças nos indicadores virológicos, devido a essas outras variáveis que podem associar-se a baixa imunidade.

Importante lembrar que PE3 foi um participante que não compareceu aos dois últimos Encontros do Momento 2 e que apresentou supressão viral mesmo assim. Caracterizou-se por um participante que se manteve calado no primeiro Encontro, porém no segundo Encontro, no qual o vídeo foi passado, manifestou relatos como “A gente jogando medicação fora” e “nem sabíamos que foi tão difícil conseguir fazer essa medicação vir para o Brasil” ou “ Nossa quanta gente com HIV” e “nem parece que tem. Um dia eu vou ficar assim”. Talvez tenha manifestado, durante as visitas médicas, relatos indicativos de risco de não adesão (Tabela 10), após ter participado dos dois primeiros Encontros, porém não tenha parado de seguir corretamente a TARV. Logo, o autorrelato novamente não se fez concordante com as ações, visto que esse participante relatou que pararia de tomar as medicações, mas continuou a tomá-las, pois caso tivesse

interrompido o tratamento seria acusado em seus dados clínicos, principalmente nos níveis de carga viral.

Os participantes, PE2 e PCR8, mantiveram, desde o início, indicadores virológicos baixos (carga viral indetectável) e indicadores imunológicos altos (>200 céls/mm³ - Ministério da Saúde, 2008). Todavia, PE2 após a participação do Momento 2 apresentou valores de CEAT-VIH altos configurando em uma adesão “estrita” ou alta.

Conclui-se que talvez os participantes do grupo experimental tenham seguido corretamente as prescrições dos antirretrovirais diferentemente dos dois participantes do grupo controle (PE6 e PE7), visto que os graus de adesão (CEAT-VIH) e dos dados clínicos apresentaram alteração positiva.

Considerações Finais

A presente pesquisa objetivou avaliar os efeitos de uma proposta de intervenção sobre um Questionário que mede grau de adesão à TARV (CEAT-VIH); e sobre indicadores virológicos (carga viral) e imunológicos (CD4).

Além do que a pesquisa se propôs, foi possível encontrar algumas variáveis que poderiam vir a influenciar na adesão à terapia antirretroviral.

Como para alguns autores (Amberbir et al, 2008; Dewuf et al, 2006; Martini et al, 2002; Remor et al, 2007; Tiyou et al, 2010) não foi encontrada relação entre adesão à TARV e dados demográficos.

As variáveis, que se relacionam com a adesão, foram concordantes com a maioria dos estudos. Os efeitos colaterais apresentaram-se como variáveis que influenciam na adesão, assim como defendido por Amberbir et al (2008); Faustino e Seidl (2010) e Seidl et al (2007). O número de comprimidos também foi um fator encontrado como que influencia na adesão à TARV. Os participantes com mais de seis comprimidos prescritos apresentaram graus de adesão (CEAT-VIH) e dados clínicos insatisfatórios, resultado esse concordante com pesquisas anteriores (Remor et al, 2007 e Teixeira et al, 2000). A rotina do Sistema Prisional, também foi indicada como um possível facilitador, uma vez que a maioria dos participantes relatou ter iniciado o tratamento na prisão, mesmo tendo descoberto a doença em liberdade.

No Momento 1, a maioria (PE1, PE3, PE5, PCR6, PCR7 e PCR8) dos participantes foi caracterizada como participantes com “baixa adesão”, levando-se em consideração grau de adesão no CEAT-VIH e resultados de dados clínicos. Houve não correspondência entre grau de adesão e dados clínicos para os participantes PE2 e PE4. O participante PE4 foi um exemplo do que autores trazem como problema do autorrelato (Caraciolo e Shimma, 2007; De Rose, 2000; Malerbi, 2000; Remor et al, 2007; Seidl et al, 2007 e Teixeira et al, 2000), uma vez que seu relato - CEAT-VIH – adesão “estrita” ou alta - não foi concordante com os dados clínicos - não supressão viral e não restauração imunológica. Já com relação a PE2 a não correspondência foi contrária visto que apresentou adesão baixa/insuficiente”, porém supressão viral e restauração imunológica.

Após a intervenção que ocorreu no Momento 2, os participantes do grupo experimental apresentaram melhora no grau de adesão, medido no CEAT-VIH e nos

resultados dos dados clínicos, com exceção de PE2, que já possuía índices positivos antes da intervenção.

Foi possível identificar não apenas mudanças positivas nos dados clínicos e no grau de adesão da maioria dos participantes do grupo experimental, mas também observar que durante o Momento 2 os participantes do grupo experimental apresentaram aumento na qualidade da interação com médicos e maior envolvimento no seu tratamento representados pela ocorrência de comportamentos de adesão durante as visitas médicas.

Resultados esses que demonstram a importância em se realizar propostas de intervenção para população vivendo com HIV/AIDS, principalmente em prisões, visto a incidência dez vezes maior de pessoas nessas condições no Sistema Prisional (Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009).

Ressalta-se que uma limitação encontrada foi o fato de se tratar de um hospital de transição, ou seja, os pacientes permanecem por um tempo curto e indeterminado na instituição. Ainda, o fato de se tratar de uma Instituição que tem sobreposto objetivos hospitalares e objetivos prisionais levou também a uma maior dificuldade por parte da pesquisadora em obter autorização para a realização da pesquisa. Dificuldades essas que enfatizam a importância em se continuar pesquisas com essa população para garantir generalidade de resultados e busca de maior controle metodológico.

Referências Bibliográficas

- Adrinopoulos, K., Kerrigan, D., Figueroa, J.P., Reese, R. & Ellen, J.M. (2010). HIV coping self-efficacy: a key to understanding stigma and HIV test acceptance among incarcerated men in Jamaica. *AIDS care*, 22, 339-347.
- Amberbir, A., Woldemichael, K., Getachew, S., Girma, B. & Deribe, K. (2008). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 8, 1-9.
- Arruda, E. (2008). Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune em HIV/AIDS. *Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia*, 7, 1-2.
- Arruda, P.M. & Zannon, C.M.L.C (2002). Adesão ao tratamento de doença crônica. In: C.M.L.C. Zannon (org). *Tecnologia Comportamental em saúde: Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André: ESETec, 1-29.
- Beckwith, C.G., Zaller, N.D., Fu, J.J.; Montague, B.T. & Rich, D.J. (2010). Opportunities to diagnose, treat and prevent HIV in the criminal Justice System. *Journal Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 55, 49-55
- Caballo, E. V. (1996). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento.
- Caraciolo, J.M.M., Shimma, E. (2007). Adesão da teoria à prática: Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.
- Censo Penitenciário. Perfil do preso (2009). Enviadas a partir de contato de e-mail chsp.assuntosinstitucionais@santacasasp.org.br
- Colombrini, M.R.C., Lopes, M.H.B.M., Figueiredo, R.M. (2006). Adesão à terapia antoretroviral para HIV/AIDS. *Revista Esc, Enfermagem USP*, 40(4), 576-81.
- Decreto nº 46.483/02 de 02 de janeiro de 2002 (2002). Acesso em 28 de junho de 2011. Disponível no site <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92747/decreto-46483-02-sao-paulo-sp>>.
- Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites virais (2009). Acesso em 04 de dezembro de 2010 (2010). Disponível no site <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-0>>.

- Departamento Penitenciário – DEPEN (2009). Acesso em 28 de junho de 2011.
Disponível no site <<http://jusclip.com.br/dados-consolidados-da-populacao-carceraria-2010/>>
- De Rose, J.C.C. (2000). O relato verbal segundo perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. In: R. A. Banaco (org). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Santo André: ESETec, 1, 140-152.
- Dewulf, N.L.S., Monteiro, R.A., Passos, A.D.C., Vieira, E.M.V. & Troncon, L.E.A (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 42, 575-584.
- Faustini, Q.M. & Seidl, E.M.F. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental e adesão ao tratamento em Pessoas com HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 121-130.
- Fernandes, C.R.D.& Britto, I.A.G.S. (2005). Atuação Médica frente ao Paciente Portador de HIV no Contexto Ambulatorial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 2, 205-218.
- Giovelli, G.R.M., Gauer, G.J.C., Calvetti, P.U. & Moraes, J.F.D. (2009). Sintomas de Depressão, Suporte-Social, Qualidade de Vida e Adesão em Pessoas que vivem com HIV/AIDS. *IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação PUCRS*.
- Guerra, C.P.P. & Seidl, E.M.F. (2010). Adesão em HIV/AIDS: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. *Psicologia em Estudo*, 15, 1-15.
- Gusmão, J.L. & Jr, D.M. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão* 13, 23-25.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L. (1979). Compliance in health care. *Baltimore: Johns Hopkins University Press*.
- Lopes, F., Latorre, M.R.D.O., Pignatari, A.C.C., Buchalla, C.M. (2001). Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Caderno de Saúde Pública*. 17, 1-7.
- Malerbi, F.E.K. (2000). Adesão ao tratamento. In: Kerbauy, R. R. (org). *Sobre*

comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André : Ed ESETec, 5, 144 – 151.

Martini, M., D’Elia, S., Paoletti, F., Cargnel, A., Adriani, B. & Carosi, G. (2002).

Adherence to HIV treatment: results from a 1-year follow up study. *HIV Medicine*, 3, 62-64.

Mellors, J.W., Muñoz, A., Giorgi, J.V., Margolick, J.B., Tassoni, C.J., Gupta, P.,

Kingsley, L.A., Todd, J.A., Saah, A.J., Detels, R., Phair, J.P. & Rinaldo, C.R. (1997). Plasma Viral Load and CD4+ Lymphocytes as Prognostic Markers of HIV-1 Infection. *American College of Physician*, 126, 946-954.

Ministério da Saúde (2007). Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2008). Manual de adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2010). Protocolo de assistência Farmacêutica em DST/HIV/aids. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Ministério da Saúde.

Monteiro, M.E.S (2001). *Adesão ao tratamento psiquiátrico: análise comportamental de pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, PUC-SP.

Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003 (2003). Acessado em 28

de junho de 2011. Disponível em
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%201.777%20de%202003.pdf>>

Reis, A.C., Lencastre, L. & Guerra, M.P. (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.

- Remor, E., Milner-Moskovics, J. & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH). *Revista Saúde Pública*, 41, 1-10.
- Remor, E. (2006). Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH): estudio internacional. *Revista Humanitas*, 3: 80-81.
- Roberson, D.W., White, B.L. & Fogel, C.I. (2009). Factors influencing adherence to antiretroviral therapy for HIV infected female inmates. *Journal of the Association of Nurse in AIDS Care*, 20, 50-61.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., Svarstad, B. (1998) Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care*, 36, 1138-1161
- Russell, C.K., Bunting, S.M., Graney, M., Hartig, M.T., Kisner, P. & Brown, B. (2003). Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/AIDS: a taxonomic exploration. *Journal of the Association Nurses AIDS Care*, 14, 46-60.
- Seidl, E.M.F., Melchíades, A., Farias, V. & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Pública*, 23, 1-10.
- Seidl, E.M.F. & Troccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação de Suporte-Social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 317-326.
- Sério, T.M.A.P. Comportamento verbal e controle do comportamento humano. In: Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações*. Editora: Livro Pleno. Tradução Andery M.A. e Sérgio T.M.
- Sociedade Brasileira de Infectologia (2008). Manual Boas práticas de adesão HIV/AIDS (2008). *Sociedade Brasileira de Infectologia*. Ed: Sociedade Brasileira de Infectologia.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York.
- Teixeira, Paiva e Shimma (2000). Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudos para prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo.
- Tiburcio, A.S. (2010). Avaliação Imunoviológica Inicial de Pacientes com HIV/oAids em um Serviço de Assistência Especializada. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 22.

Tiyou, A., Belachew, T., Alemseged, F. & Biadgilign, S. (2010). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting of southwest Ethiopia. *Aids research and Therapy*, 7, 7-39

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Geneva: World Health Organization*. pp.198.

Zamani, S., Farnia, M., Torknejad, A., Alaei, B.A., Gholizadeh, M., Kasraee, F., Ono-Kihara, M., Oba, K. & Kihara, M. (2010). Patterns of drug use HIV-related risk behaviors among incarcerated people in a prison in Iran. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87, 603-616.

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS –INFORMAÇÃO**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PARTICIPANTE :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Estudo de adesão ao tratamento antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo
2. RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Sandra Reis
3. CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga Pesquisadora e Funcionária
4. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: **SEM RISCO**
5. DURAÇÃO DA PESQUISA: Outubro 2011 a janeiro de 2012

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. O objetivo do presente estudo é:
 - a) identificar na população masculina portadora de HIV/aids do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo aspectos de adesão ao tratamento para HIV/aids
 - b) propostas de Encontros em grupo
 - c) avaliar o efeito dessas informações no tratamento de HIV/aids.
 2. Os procedimentos utilizados serão:
 - a) Aplicação de questionário para identificação de características demográficas.
 - b) Aplicação de Questionário para Avaliar Adesão ao Tratamento em Pessoas Portadoras de HIV/aids (CEAT – VIH)
 - c) Consulta a prontuários dos pacientes
 - d) Encontros gravados com gravador
 3. Os participantes não correrão nenhum risco.
 4. Os pacientes provavelmente serão beneficiados pelo procedimento de intervenção da presente pesquisa, uma vez que conhecerão mais sobre seu tratamento e sobre a importância do seguimento das orientações dadas pelos profissionais de saúde.
 5. O procedimento provavelmente aumentará a eficácia do tratamento dos pacientes que participarem da pesquisa.
-

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer momento, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo
3. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo, estando garantidos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

V – CONTATO COM A PESQUISADORA

Caso o participante queira entrar em contato com a pesquisadora a mesma poderá ser encontrada na Instituição no corredor psicossocial no período da manhã.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2011

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisadora

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS –INFORMAÇÃO – Médicos Infectologistas**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR (MÉDICO INFECTOLOGISTA)**

1. NOME DO PARTICIPANTE :

CRM : SEXO: M F **II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Estudo de adesão ao tratamento antirretroviral em homens vivendo com HIV/aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo

2. RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Sandra Reis

3. CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga Pesquisadora e Funcionária

4. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: **SEM RISCO**

5. DURAÇÃO DA PESQUISA: Outubro 2011 a janeiro de 2012

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO COLABORADOR (MÉDICO INFECTOLOGISTA)

6. O objetivo do presente estudo é:

a) identificar na população masculina portadora de HIV/aids do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo aspectos de adesão ao tratamento para HIV/aids

b) propostas de Encontros em grupo

c) avaliar o efeito dessas informações no tratamento de HIV/aids.

d) o acompanhamento às visitas médicas têm por finalidade identificar as dúvidas que os pacientes têm sobre a doença ao longo dos momentos.

7. Os procedimentos utilizados serão:

a) Acompanhar visitas médicas de forma randômica

b) As visitas serão anotadas de acordo com categorias de comportamento do médico e do paciente com relação a comportamento em prol ou contra a adesão a terapia antirretroviral.

IV – CONTATO COM A PESQUISADORA

Caso o participante queira entrar em contato com a pesquisadora a mesma poderá ser encontrada na Instituição no corredor psicossocial no período da manhã.

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2011

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisadora

Apêndice 3

Questionário para avaliar história clínica

1. Desconfiou alguma vez que estivesse doente?
2. O que havia de diferente em seu corpo para achar que estivesse doente? Quando começou a perceber essas mudanças? O que fez? Procurou o médico? Depois de quanto tempo
3. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de HIV/aids?
4. Estava preso ou em liberdade quando recebeu o diagnóstico?
5. Iniciou o tratamento em liberdade, na prisão ou no CHSP?
6. O que o médico aconselhou que fizesse? Pediu que tomasse algum medicamento? Quantos comprimidos? Lembra dos nomes? Como adquiria a medicação?
7. Existem dificuldades para seguir o tratamento? sim () não ()
8. Se sim. Quais são as dificuldades?
9. Notou mudanças em você com o tratamento? Quais?
10. Houve ao longo do tratamento alterações de medicação? Por que?
11. Houve interrupções por conta própria? a () Sim b () Não
12. Se sim. Quantas vezes? E por qual motivo interrompeu?

Apêndice 4

Questionário para caracterização demográfica dos participantes

1. Nome (Iniciais):
2. Idade: a () 21 a 30 c () 41 a 50 e () 61 a 70
b () 31 a 40 d () 51 a 60 f () 71 a 80
3. Escolaridade: a () fundamental completo c () médio completo e () superior completo
b () fundamental incompleto d () médio incompleto f () superior incompleto
g () analfabeto
4. Estado civil: a () casado b () solteiro c () relação estável d () viúvo
e () divorciado/separado/desquitado
5. Naturalidade: a () SP capital b () interior SP c () litoral SP d () outro estado
6. Religião:
7. Religião X uso de medicação (Permissão): a () Sim b () Não
8. Tempo Total de Pena: _____
9. Tempo de pena cumprido: _____

Apêndice 5

Fichas de autorregistro (exemplo de uma das fichas individuais)

ARV	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	SABADO	DOMINGO
BIOVIR							
							
ATAZANAVIR							
RITONAVIR							

Anexo 1
Folha de Registro - CEAT

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])

Durante a última semana	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?					
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?					
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?					
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?					

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] _____

SIM	NÃO

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? _____

Anexo 2

Ficha para avaliar visitas médicas com base em Fernandes e Britto (2005)

NOME PACIENTE: _____ DIA DA VISITA: _____

CATEGORIAS - MÉDICO: _____

Ação Vocal facilitadora

Perguntar se o paciente entendeu as explicações

Esclarecer dúvidas do paciente

Falas apropriadas que expressam compreensão

Falas assertivas na primeira pessoa do plural

Explicar sobre exames, doença e procedimentos

Ação vocal não facilitadora

Citar termos técnicos sem explicá-los

Questionar a veracidade das falas do paciente

Comportamento passível de punição social ou biológica

Entrevistar rapidamente

Não dá oportunidade que o paciente se expresse

Insistir na mesma pergunta

Dar ordens ao paciente

Responder pelo paciente

Ação não vocal facilitadora

Sorrir para o paciente

Encurvar o corpo em direção ao paciente

Manter contato visual com o paciente

Balançar a cabeça afirmativamente

Ação não vocal não facilitadora

Postura corporal ereta com a cabeça inclinada para o alto

Interromper a consulta

Olhar para os lados enquanto o paciente fala

Movimentar inquietamente mãos e pés

Examinar paciente apressadamente

CATEGORIA – PACIENTE**Relato indicativo de adesão**

Falar que vai prosseguir com o tratamento

Falar sobre morrer caso não inicie o tratamento

Pedir informações sobre a doença

Responder atentamente às perguntas do médico

Questionar sobre os exames a serem feitos

Fornecer informações complementares sobre seus comportamentos

Relato indicativo de risco para adesão

Falar sobre a falta de motivação para iniciar e prosseguir com o tratamento

Falar indicando desconhecer a transmissão do vírus

Falar sobre as dificuldades para conseguir os medicamentos

Ação não vocal indicativa de adesão

Manter contato visual com o médico

Balançar a cabeça em sinal de afirmação

Apressar-se para cumprir solicitações do médico

Encurvar o corpo em direção ao médico enquanto

recebe informações

Ação não vocal indicativa de não adesão

Desviar o olhar do médico

Movimentar-se na cadeira

Bocejar, enquanto o médico fala

Balançar a cabeça em sinal de discordância

Movimentar mãos e pés durante a consulta