

A Atitude Sobre a Adesão ao Tratamento Antiretroviral: um estudo junto a pessoas vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana

The Attitude On Adhesion To Antiretroviral Treatment: a study with people living with Human Immunodeficiency Virus

Nara Siqueira Damaceno¹, Alexandre Castelo Branco Herênio², Waldemar Naves do Amaral³

RESUMO

Introdução: Este artigo investigou e descreveu a maneira como as dimensões da adesão e da atitude se relacionaram em pacientes que vivem com HIV. Os dados foram coletados a partir de dois instrumentos: questionário sócio-demográfico e escala de atitude frente à adesão. Participaram 75 pacientes que viviam com HIV e faziam acompanhamento em um ambulatório de infectologia. Os resultados demonstraram que a maioria eram homens, heterossexuais, com ensino superior e baixa renda. Houve tendência positiva para adesão e incoerência entre afeto, cognição e comportamento. Dentre os fatores com maior influência sobre a adesão foram: o fator relacionado ao paciente e a dimensão afetiva. Conclui-se que a unidade de saúde é fundamental como apoio para o paciente e que a afetividade pode ser o instrumento principal para desenvolver o processo de adesão junto ao paciente. Além disso, percebe-se a influência que o estigma e o preconceito exercem sobre o resultado da adesão.

Descritores: Adesão ao tratamento, Antirretrovirais, Atitude, HIV.

ABSTRACT

Introduction: This article investigated and described how the dimensions of adherence and attitude related to patients living with HIV. Data were collected using two instruments: sociodemographic questionnaire and attitude scale towards adherence. 75 patients who lived with HIV and had a companion in an infectology clinic participated. The results showed that the majority were men, heterosexual, with higher education and low income. There was a positive trend towards adherence and inconsistency between affection, cognition and behavior. Among the factors with the greatest influence on adherence were: the factor related to the patient and the affective dimension. It is concluded that the health unit is fundamental as support for the patient and that affection can be the main instrument to develop the process of adherence with the patient. In addition, the influence that stigma and prejudice have on the result of adherence is perceived.

Keywords: Adherence to treatment, Antiretrovirals, Attitude, HIV.

¹Mestranda em Ciências da Saúde pela UFG.

²Doutorando em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília.

³Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são aquelas cujo tratamento não resulta em cura, mas sim em controle, perdurando ao longo da vida. As consequências desse agravamento comumente podem conduzir a incapacidades ou limitações e essa condição de saúde é alvo de preocupação e de ações mundiais voltadas para o combate ao seu surgimento, com mudanças nos hábitos de vida, por exemplo, e à adesão aos tratamentos disponíveis. Porém o número de pacientes não aderentes ainda é elevado e diversos fatores contribuem para esse cenário. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, estimava-se que o abandono de tratamentos de longo prazo estivesse por volta de 50%¹.

Exemplo de uma doença crônica transmissível que enfrenta obstáculos no estabelecimento da adesão é a infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A síndrome causada pelo HIV foi descoberta em 1980 e já foi considerada sinônimo de morte, porém hoje apresenta caráter de cronicidade. Atualmente as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) apresentam maior expectativa de vida e podem alcançar supressão viral com menos medicamentos e menores efeitos adversos. A extensão desse agravamento faz com que seja considerada uma epidemia, o que exige esforços mundiais ao seu combate e tratamento².

Em um estudo realizado junto a 11.842 pessoas com doenças crônicas das cinco regiões brasileiras, encontrou-se como características demográficas: jovens; gênero feminino; pele não branca; baixa escolaridade; solteiros; e situação econômica desfavorável. Além disso, os autores ressaltam pouca adesão dos pacientes que faziam acompanhamento com mais de um médico para tratar a mesma patologia e que a não adesão foi três vezes maior nos indivíduos que consideravam sua saúde ruim ou muito ruim, e de 80% para aqueles cujo adoecimento causava limitação¹.

A saúde é então, a partir do exposto, um conceito determinado por diversos âmbitos da vida do paciente, sendo biopsicossocial, não podendo ser diferente com a adesão. Este conceito foi assim nomeado em 1979, mas tal ideia já era discutida desde Hipócrates. As explicações sobre tal termo dependem da orientação teórica e do contexto histórico, apresentando variações de modelos como o biomédico, que propõe ao paciente que seja apenas um cumpridor de ordens médicas, até a teoria dos sistemas, que considera o indivíduo como um participante ativo no seu tratamento a partir de suas representações cognitivas³.

Mais do que discutir sobre os modelos em saúde, é necessário compreender os determinantes da adesão. Estes pontos foram definidos em 2003 pela Organização Mundial da Saúde e citam cinco fatores: a) aqueles relacionados com o serviço de saúde (como a organização deste, a qualidade de atendimento e efetividade de tratamento, recursos técnicos e humanos); b) fatores sociais, econômicos e culturais que compreendem idade, religião, apoio social, renda, escolaridade; c) fatores relacionados ao indivíduo como os recursos de enfrentamento, conhecimento sobre o quadro, expectativas, motivação, autoeficácia; d) fatores relacionados ao tratamento que reúnem a duração e complexidade deste, seus efeitos adversos, acessibilidade e; e) fatores relacionados à doença como grau de incapacidade gerado

nos campos físico, severidade dos sintomas, social e emocional. Sendo assim, a adesão é hoje compreendida como um conceito complexo e multideterminado que exige a participação efetiva do paciente sem descartar o contexto onde este vive^{4, 5}.

A adesão é considerada um estado, e não uma condição fixa, pois trata-se de um processo em que o paciente pode se sentir mais fortalecido ou não para atingir seus objetivos. Precisa surgir de um espaço de corresponsabilização em que profissional de saúde e usuário traçarão estratégias viáveis a sua execução. É mais do que um conjunto de comportamentos, é a aquisição de conhecimentos e hábitos que serão incorporados em todos os contextos do paciente (BRASIL, 2008).⁶

Apesar de se apresentar como um fenômeno dependente de diversos fatores, a adesão é, em grande parte das vezes, investigada de maneira segregada sob a ótica de apenas um fator, priorizando os aspectos clínicos². Além disso, é ressaltada a escassez de estudos que focam as particularidades de certas categorias, como idosos e homossexuais femininas. Há confirmação deste dado ao se considerar os fatores para além daqueles relacionados à questão fisiológica, pois o social e o cultural foram determinantes para não adesão de alguns pacientes estudados⁷.

Pesquisas sugerem que alguns dos principais facilitadores da adesão ao tratamento são o apoio e suporte emocional e o bom vínculo com o profissional de saúde⁸. Além disso, relacionam-se à melhor adesão aqueles pacientes com maior grau de estudo, maior tempo de diagnóstico, maior idade, histórico de adoecimento ou internação. Como fatores de risco à adesão encontram-se o uso de álcool ou outras drogas, existência de efeitos adversos no tratamento, preconceito e/ou necessidade de esconder o diagnóstico, medo da morte, falta de sintomas prévios, vulnerabilidade social. Há ainda a diferença significativa entre gêneros quanto à aderência que, apesar de nem sempre constante, em muitos estudos apresentam maior participação masculina².

Considerando as dificuldades de adesão enfrentadas pelas PVHIV e diante da situação atual da doença, a Organização das Nações Unidas criou o programa UNAIDS de combate a essa infecção. Em 2015 esse programa estabeleceu uma meta, considerada por ela própria, ambiciosa e fundamental para o fim dessa epidemia que foi nomeada de “meta 90-90-90”. Ao estabelecer esse propósito a UNAIDS objetiva que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV sejam cientes de sua condição sorológica; 90% de todas as pessoas soropositivas recebam o tratamento antirretroviral (TARV) e; 90% dos pacientes em tratamento alcancem a supressão viral. Para isso, o programa cita o resalta a necessidade de investimento público em relação à democratização da saúde, melhorias nas testagens, programas que auxiliem na manutenção e acompanhamento da adesão e mudanças sociais para que este deixe de ser um assunto punitivo e cercado por estigmas⁹.

De acordo com dados da UNAIDS9 em 2013 no Brasil pelo menos 80% das pessoas vivendo HIV estavam cientes de seu diagnóstico, o tratamento atingia cerca de 60% e destes 80% alcançavam carga viral indetectável. Atualmente, após o ano estipulado para o alcance da meta 90-90-90, é possível perceber a partir dos dados colhidos que a meta não se concretizou,

mas grandes avanços foram atingidos. Considerando números mundiais até o ano de 2019: 81% das pessoas vivendo com HIV conheciam seu diagnóstico positivo, 67% tinham acesso ao tratamento e 59% estavam com carga viral suprimida ou indetectável. Apesar de não atingir a meta estabelecida já se tem vislumbrado o destino para 2030 e este traz consigo a preocupação com o aspecto social: zero nova infecção; zero discriminação e zero morte relacionada à AIDS¹⁰.

A questão do adoecimento e adesão então oferecem grande impacto sobre a organização mundial em relação à política, economia e ao social, sendo necessário seu estudo e compreensão. Uma das maneiras de avaliar a adesão é a partir da maneira como lidamos com o adoecimento expressando nossa atitude em relação à doença. Ou seja, aquilo que pensamos, sentimos e como agimos formam a atitude, que Allport definiu como uma influência às respostas do indivíduo dadas ao meio, levando em consideração suas experiências¹¹. Sendo assim, a atitude não se reduz apenas à ação, mas possui uma base social e é caracterizada pela cultura, crenças, sentimentos, valores, é uma tendência psicológica para julgamentos. Tal construto possui três componentes: afetividade, cognição e comportamento. Estes dizem sobre o que se sente, pensa e como age diante de um assunto, podendo estar ou não congruentes entre si. A relação existente entre cada um desses componentes da atitude pode embasar medidas para que contribuam para melhor adesão.

A adesão é, então, um fenômeno complexo e que pode se expressar pela atitude do indivíduo em relação ao seu adoecimento e tratamento. Os comportamentos envolvidos nos processos de saúde apresentam boa predileção em escalas de atitude¹². Considerando o contexto exposto, é interessante que as instituições de saúde busquem maneiras de auxiliar o paciente na busca pela adesão, procurando estratégias para melhora do tratamento ao indivíduo. As escalas são instrumentos de fácil e rápida utilização para avaliar tendências e podem facilmente ser inseridas na saúde, incluindo também os pacientes pouco escolarizados. Muitos pesquisadores não se preocupam em abranger a parcela da população com menor escolaridade devido à dificuldade de adaptação instrumental, o que dificulta a ampla utilização de teorias e materiais e permitem o aprofundamento da exclusão social das pessoas com baixa escolaridade¹³. Sendo assim, utilizar um instrumento inclusivo e que auxilie o profissional de saúde e o usuário a traçar estratégias mais eficazes de adesão é relevante no contexto tanto da saúde quanto social.

A partir da discussão feita, considerando tanto as dificuldades de adesão em tratamentos para doenças crônicas como o esforço mundial ao combate ao HIV/AIDS, este estudo busca explorar os fatores de adesão ligados ao paciente, a doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e a condição socioeconômica, das PVHIV considerando-se as três dimensões da atitude para cada um destes, a partir de uma escala de atitude frente à adesão. Sendo assim, possui a pretensão de investigar e descrever a maneira como as dimensões da adesão e da atitude se relacionam, contribuindo para explicar o processo de adesão.

MÉTODO E PACIENTES

Trata-se de um estudo observacional transversal, com coleta

direta de informações com os pacientes que realizam consultas ambulatoriais em um hospital estadual de infectologia, localizado em Goiânia, Goiás.

Participantes: Participaram deste estudo 75 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos que utilizam do serviço de atendimento ambulatorial de infectologia do hospital. O tamanho da amostra foi limitado ao número de dados colhidos no período determinado para este fim, totalizando seis meses.

Instrumentos: Os dados foram coletados usando um questionário sociodemográfico e uma escala de atitude frente à adesão. O questionário sociodemográfico foi construído pelos pesquisadores com questões objetivas de múltipla escolha a fim de avaliar o fator de adesão socioeconômico. Este instrumento investigou dados como gênero, idade, orientação sexual, renda, escolaridade e quantidade de filhos. A escala de atitude frente à adesão é composta com 25 itens objetivos do tipo Likert com opções de resposta: “discordo”; “não concordo e nem discordo” e “concordo” variando as pontuações de um a três, respectivamente. Os itens da escala contemplaram as dimensões da atitude (afetividade, comportamento e cognição) os relacionando aos fatores de adesão ligados à doença, ao tratamento, à unidade de saúde e ao paciente. Tal escala foi construída em um processo anterior ao presente estudo e apresentou indícios de validade e precisão com alfa de Cronbach de 0,720. Este instrumento será publicado em um estudo a parte, dada sua extensão e relevância.

Procedimentos: Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser paciente HIV positivo em acompanhamento ambulatorial; ser alfabetizado em língua portuguesa; ter como cidade de residência algum município do estado de Goiás; já ter feito uso de TARV. Foram considerados critérios de exclusão: ter lesão neurológica; ser portador de transtorno mental severo; apresentar quaisquer condições clínicas que comprometam a coleta de dados, considerando que estas informações serão obtidas através do autorrelato do participante. Ao todo 126 pacientes responderam ao questionário, já que este momento também foi compartilhado ao processo de validação da escala de atitude frente à adesão, e 75 foram selecionados cumprindo os critérios de inclusão acima.

Após aprovação em comitê de ética os pacientes foram abordados individualmente na sala de espera do ambulatório e após explicação sobre a pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lhes dada a opção de preencher por conta própria ou com a presença do pesquisador, estando este disponível para dúvidas. Neste primeiro momento, todos os pacientes que demonstrassem interesse em participar responderam os questionários. Posteriormente havia a avaliação sobre os critérios de inclusão desta pesquisa com a verificação das informações do paciente em prontuário eletrônico, para que não houvesse risco de exposição do participante sobre sua condição diagnóstica no momento da aplicação. Para aplicação dos questionários fez-se uso de papel para impressão dos instrumentos, pranchetas e canetas as quais foram higienizadas entre uma aplicação e outra.

RESULTADOS

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, 75 participantes tiveram suas respostas analisadas. A seguir, serão

apresentados os dados sobre as informações sociodemográficas e as relações estabelecidas a partir das respostas obtidas com a escala de atitude frente à adesão.

A tabela 1 demonstra os dados colhidos a partir do

Tabela 1. Frequência e porcentagem dos sociodemográficos e socioeconômicos.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		FREQUÊNCIA (PORCENTAGEM)
Idade	18-29 anos	17 (23%)
	30-39 anos	17 (23%)
	40-49 anos	20 (27%)
	50-59 anos	15 (20%)
	60 anos ou mais	6 (8%)
Gênero	Feminino	28 (37%)
	Masculino	46 (62%)
	Travesti/Transexual	1 (1%)
Orientação Sexual	Heterossexual	42 (64%)
	Homossexual	20 (30%)
	Bissexual	5 (7%)
Quantidade de Filhos	Um	11 (27%)
	Dois	9 (22%)
	Três	12 (16%)
	Quatro ou mais	8 (20%)
Renda	Até R\$ 1.000.	36 (52%)
	De R\$ 1.000 a 2.000.	16 (23%)
	De R\$ 2.000 a 3.000.	14 (20%)
	De R\$ 4.000 a 5.000.	2 (3%)
	Maior que R\$ 5.000.	1 (1%)
Escolaridade	Não alfabetizado	4(7%)
	Sabe ler e escrever	8(11%)
	Ensino fundamental completo	17(24%)
	Ensino médio	19(26%)
	Ensino superior	24 (33%)

questionário sociodemográfico. Com relação ao gênero, a maior parte dos pacientes foi do sexo masculino e apenas um se declarou transgênero. A faixa etária dos participantes se distribuiu de 18 a mais de 60 anos, sendo a maior frequência para idades de 40 a 49 e a menor frequência foi de pacientes idosos. A orientação sexual dos participantes se deu em maioria por heterossexuais (64%) seguindo de homossexuais (30%) e bissexuais (7%). Com relação ao número de filhos, 85% eram pais, possuindo um filho (27%), dois (22%), três (16%), quatro ou mais filhos (20%). As respostas sobre a renda demonstraram que a maioria (43%) informou rendimento na faixa de mil reais a três mil reais. Por fim, a escolaridade dos pacientes se localizou em maioria entre o ensino fundamental, ensino médio e ensino superior (24%, 26% e 33% respectivamente).

Partindo da análise das respostas ao questionário, a tabela 2 revela os resultados sobre as dimensões da atitude em relação à adesão. Analisando separadamente cada fator da atitude nota-se que o sexo masculino atinge média mais alta, em comparação às respostas femininas. Destas relações, apenas a dimensão comportamental não possui relação estatisticamente significativa em relação ao sexo ($p=0,08$).

A tabela 3 detalha as correlações entre a adesão, suas dimensões e o gênero dos participantes. As análises apontadas resultam novamente em médias mais altas para o sexo masculino em contraposição ao feminino em todas as dimensões. O fator Doença demonstrou redução significativa das médias para os dois gêneros, em comparação às outras dimensões da adesão. Tanto o conceito geral da adesão como suas dimensões demonstraram relação estatisticamente significativa.

Com o objetivo de relacionar os fatores avaliados de forma mais precisa, a tabela 4 traz as dimensões da atitude avaliadas sobre cada fator de adesão e demonstram a manutenção das médias mais altas para o sexo masculino. O fator de adesão relacionado ao sistema de saúde resultou em médias mais elevadas para a afetividade do que as outras dimensões da atitude. Aquele com as menores médias foi o relacionado à doença, atingindo os menores resultados para ambos os sexos em comparação a todas as outras categorias, se destacando aquelas relacionadas ao comportamento. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros nas respostas sobre afeto nos fatores ligados ao tratamento e ao paciente, e em relação à cognição no aspecto vinculado ao sistema de saúde. Apenas as respostas sobre o fator doença apresentaram diferença estatística significativa para afetividade, cognição e comportamento.

Por fim, a tabela 5 expõe a Correlação de Spearman entre as dimensões da adesão e da atitude. Com base nessas

Tabela 2. Teste T para amostras independentes das Dimensões da Atitude para com a Adesão, considerando as diferenças de gênero.

DIMENSÕES DA ATITUDE PARA COM A ADESÃO	GÊNERO	N	MÉDIA	DP	P
Atitude total	Feminino	25	2,03	0,32	0,03
	Masculino	43	2,26	0,27	
	Total	68	2,18	0,31	

Dimensão Afetiva	Feminino	28	1,92	0,39	0,00
	Masculino	44	2,32	0,40	
	Total	72	2,17	0,44	
Dimensão Cognitiva	Feminino	28	2,29	0,39	0,01
	Masculino	45	2,51	0,26	
	Total	73	2,43	0,33	
Dimensão Comportamental	Feminino	26	2,11	0,39	0,08
	Masculino	46	2,28	0,39	
	Total	72	2,23	0,40	

Tabela 3. Teste T para amostras independentes das Dimensões da Adesão por gênero.

DIMENSÕES DA ADESÃO	GÊNERO	N	MÉDIA	DP	P
Pontuação total da Adesão	Feminino	24	2,03	0,32	0,03
	Masculino	43	2,26	0,27	
	Total	67	2,18	0,31	
Fatores ligados ao Sistema de Saúde	Feminino	26	2,42	0,41	0,02
	Masculino	46	2,61	0,28	
	Total	72	2,55	0,35	
Fatores ligados ao Tratamento	Feminino	27	2,39	0,52	0,03
	Masculino	45	2,70	0,33	
	Total	72	2,59	0,43	
Fatores ligados ao Paciente	Feminino	27	2,08	0,50	0,01
	Masculino	45	2,35	0,43	
	Total	72	2,25	0,47	
Fatores ligados a Doença	Feminino	27	1,55	0,51	0,00
	Masculino	45	1,92	0,49	
	Total	72	1,80	0,53	

Tabela 4. Teste T para amostras independentes das dimensões da atitude para com a adesão por gênero.

DIMENSÕES DA ADESÃO	DIMENSÕES DA ATITUDE	GÊNERO	N	MÉDIA	DP	P
Afeto		Masculino	46	2,89	0,38	0,48
		Feminino	28	2,82	0,47	
		Total	75	2,87	0,41	
Sistema de Saúde	Cognição	Masculino	46	2,55	0,35	0,03
		Feminino	27	2,34	0,46	
		Total	74	2,47	0,41	
Comportamento		Masculino	46	2,61	0,58	0,32
		Feminino	27	2,46	0,66	
		Total	74	2,56	0,61	

Tratamento	Afeto	Masculino	45	2,50	0,56	0,03
		Feminino	27	2,04	0,69	
		Total	73	2,32	0,65	
	Cognição	Masculino	46	2,91	0,30	0,15
		Feminino	28	2,77	0,55	
		Total	75	2,86	0,41	
	Comportamento	Masculino	46	2,80	0,54	0,26
		Feminino	28	2,64	0,67	
		Total	75	2,75	0,87	
Paciente	Afeto	Masculino	45	2,34	0,63	0,00
		Feminino	28	1,83	0,62	
		Total	74	2,15	0,67	
	Cognição	Masculino	26	2,83	0,31	0,16
		Feminino	20	2,62	0,53	
		Total	46	2,74	0,43	
	Comportamento	Masculino	46	2,17	0,61	0,86
		Feminino	27	2,15	0,61	
		Total	74	2,16	0,60	
Doença	Afeto	Masculino	46	1,92	0,75	0,01
		Feminino	28	1,50	0,67	
		Total	75	1,76	0,74	
	Cognição	Masculino	45	2,04	0,58	0,03
		Feminino	28	1,69	0,74	
		Total	74	1,92	0,67	
	Comportamento	Masculino	46	1,83	0,78	0,04
		Feminino	27	1,46	0,69	
		Total	74	1,71	0,77	

informações é possível observar que a adesão como um todo sofre maior influência da dimensão afetiva (0,854; $p = 0,00$), dos fatores ligados ao paciente (0,849; $p = 0,00$) e menor dos fatores associados ao tratamento (0,348; $p = 0,00$). A dimensão afetiva mostrou maior influência sobre fatores de adesão ligados ao paciente (0,746; $p = 0,00$) e a doença (0,706; $p = 0,00$). A cognição por sua vez ofereceu maior interferência aos aspectos ligados ao sistema de saúde (0,734; $p = 0,00$), ao paciente (0,638; $p = 0,00$) e menos sobre o tratamento (0,334; $p = 0,04$). A dimensão comportamental esteve mais relacionada aos fatores relativos à doença (0,740; $p = 0,00$), e ao paciente (0,640) e menos aos tratamentos (0,177; $p = 0,14$). O fator de adesão relativo ao tratamento demonstrou os menores valores de relação para as dimensões da atitude em comparação com o restante. Aspectos ligados ao paciente foi o fator de adesão com maiores resultados em relação à atitude e suas dimensões.

DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo investigar e descrever a maneira como as dimensões da adesão e da atitude se relacionam, contribuindo para explicar o processo de adesão. No que diz respeito a caracterização social dos participantes, confirma-se os dados que citam a maioria dos pacientes que vivem com HIV estudados em outras pesquisas, sendo do sexo masculino e com faixa etária de 40 a menos de 60 anos, com renda de um a três salários mínimos, heterossexuais e com maior grau de instrução¹⁴. Diante desses dados é possível perceber uma alteração em relação ao perfil do paciente HIV no que tange à escolaridade, pois outros estudos mais antigos apresentavam menor grau de instrução para esse grupo¹⁵. Esse aumento no nível de escolaridade pode ser explicado devido à redução progressiva do número de analfabetos em todo o país, principalmente a partir dos 25 anos de idade¹⁶. Pode-se ainda supor que, tendo o grau de instrução como característica protetiva para adesão, a escolaridade possa

Tabela 5.

	ADEÇÃO TOTAL	AFETO	COGNIÇÃO	COMPORTEAMENTO	SISTEMA DE SAÚDE	TRATAMENTO	DOENÇA	PACIENTE
Adesão Total	1,000	0,854**	0,774**	0,773**	0,646**	0,348**	0,785**	0,849**
P	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
N	68	68	68	67	67	68	68	68
Afeto	0,854**	1,000	0,546**	0,528**	0,488**	0,481**	0,706**	0,746**
P	0,00	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
N	68	72	70	69	70	72	71	70
Cognição	0,774**	0,546**	1,000	0,384**	0,734**	0,334**	0,445**	0,638**
P	0,00	0,00	.	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00
N	68	70	73	70	72	71	71	72
Comportamento	0,773**	0,528**	0,384**	1,000	0,430**	0,177	0,740**	0,640**
P	0,00	0,00	0,01	.	0,00	0,14	0,00	0,00
N	67	69	70	72	71	70	71	71
Sistema de Saúde	0,646**	0,488**	0,734**	0,430**	1,000	0,285*	0,296*	0,345**
P	0,00	0,00	0,00	0,00	.	0,02	0,01	0,00
N	67	70	72	71	73	71	71	71
Tratamento	0,348**	0,481**	0,334**	0,177	0,285*	1,000	0,137	0,131
P	0,00	0,00	0,00	0,14	0,02	.	0,25	0,28
N	68	72	71	70	71	73	71	71
Doença	0,785**	0,706**	0,445**	0,740**	0,296*	0,137	1,000	0,646**
P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,25	.	0,00
N	68	71	71	71	71	71	73	71
Paciente	0,849**	0,746**	0,638**	0,640**	0,345**	0,131	0,646**	1,000
P	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	.
N	68	70	72	71	71	71	71	73

ser parte do perfil dos pacientes ambulatoriais e possivelmente mais aderentes, mas há ainda pouca literatura sobre este assunto¹⁴. Além disso, o número de participantes do sexo feminino ser quase metade do público masculino está de acordo com as estatísticas que revelam um elevado número de homens vivendo com HIV em comparação ao sexo feminino¹⁷.

De acordo com o questionário aplicado, a população do estudo apresenta dois dos fatores tidos como favoráveis (idade e escolaridade) e uma característica relacionada ao risco de abandono do tratamento (baixa renda)⁸. Muitas vezes a PVHIV, apesar de compreender a importância da adesão e estar favorável a esta, prioriza a manutenção de sua vida financeira em detrimento do tratamento¹⁸. Para esses autores, a garantia de renda é preocupação central desses pacientes e mesmo que o tratamento seja oferecido gratuitamente a toda a população, a subsistência diária do paciente e de sua família e também o acesso ao sistema de saúde nem sempre é assegurado. Considerando o exposto, é possível que a população estudada se encontre em meio a esse fator de risco, já que são em maioria de baixa renda e de família numerosa.

Discutindo os pormenores da adesão, fica cada vez mais claro o quanto este é um fenômeno multideterminado, dependente das relações sociais, do poder aquisitivo, dos dispositivos sociais e políticas públicas, por exemplo, voltadas para o seguimento do HIV. Os pacientes deste estudo demonstraram atitude favorável à adesão com pontuação média acima de 2, principalmente o sexo masculino. A diferença marcante entre gênero sobre a tendência positiva para aderência ao tratamento é congruente com achados da literatura^{2, 19} que concluem em seus estudos uma maior adesão do público masculino. Pesquisadores alertam para a vulnerabilidade masculina diante do risco de infecção ao HIV e as barreiras socialmente construídas que dificultam o homem a buscar e seguir o tratamento de maneira regular²⁰.

O fato de haver tendência favorável a aderir não significa que esta seja facilmente expressa no cotidiano desses pacientes, já que o aspecto cognitivo se apresenta mais evidente em relação à adesão do que o comportamento e o afeto. Tal fato possibilita que os sentimentos e comportamentos do indivíduo não sejam tão positivos em direção à aderência do que as suas crenças, havendo uma incoerência.

É possível que esta incoerência surja a partir das construções sociais e estigmas que influenciam a expressão da atitude, ajustando-a ao socialmente aceito/esperado. As crenças que temos nem sempre serão condizentes com aquilo que exteriorizamos, pois existem diversos fatores que oferecem interferência sobre a nossa expressão e uma delas é o fator social, constituinte do ser humano¹². Sendo assim, apesar de apresentar atitudes positivas em relação à adesão os participantes da pesquisa podem enfrentar dificuldades em sua realidade para exercer essa tendência, uma vez que há possibilidade de maus julgamentos externos, por exemplo.

A reflexão anterior poderia justificar o fato de a dimensão afetiva apresentar as menores médias em relação aos fatores de adesão, com exceção do sistema de saúde. O fator relacionado ao sistema de saúde seria um espaço livre dos julgamentos

comuns da comunidade e recebeu resposta favorável dos participantes quando questionados sobre a afeição ao atendimento, por exemplo. Esta desarmonia citada entre os componentes da atitude é nomeada “dissonância”, que Leon Festinger em 1957 citou como sendo a percepção própria do desacordo entre os comportamentos e a atitude do indivíduo. Como resultado da dissonância surge uma tensão interna que pode ameaçar até mesmo o senso de autoestima¹². Diante disso, é possível supor os inúmeros sofrimentos e demandas internas e externas que esses pacientes enfrentam na vivência com o HIV.

Juntamente com a afetividade, outro fator que demonstrou destaque para tendência à adesão foi o fator relacionado ao paciente. Este é um ponto importante quando consideramos, por exemplo, que a dissonância cognitiva pode promover um possível dano à autoestima, sendo o autoconceito positivo um item protetivo para aderência a tratamentos em saúde⁸. Há ainda o sentimento de bem estar consigo próprio ou o humor do paciente que demonstraram grande influência sobre a decisão de tomar ou não a medicação no momento indicado²¹.

Tendo em mente que a população estudada é de PVIHV seria ingênuo não considerar o peso do preconceito. Os fármacos utilizados no controle do HIV sofreram extensos avanços e com eles também houve a redução de efeitos adversos e da complexidade do tratamento, aumento da longevidade e dos direitos desses pacientes². Mas apesar da diversidade de ganhos, no campo social há ainda muito o que caminhar, pois o Brasil foi pioneiro na distribuição gratuita da TARV e é reconhecido mundialmente pelo trabalho desempenhado em relação à saúde, mas a discriminação se apresenta como um grande entrave para o pleno exercício dos direitos¹⁹. As PVIHV necessitam manter seu diagnóstico em sigilo para que não sejam excluídos da sociedade, de suas famílias, ficando assim sem suporte social ou meios para exercer uma adesão de qualidade⁸. A necessidade do sigilo diagnóstico condiz com os resultados discrepantes entre as baixas médias da afetividade em relação ao comportamento e a cognição (Tabela 2). Ou seja, os participantes apresentaram crenças favoráveis em relação à doença, mas certo comportamento evitativo e afetos negativos com relação a esse fator.

As melhorias alcançadas na terapêutica do HIV, como já citadas, podem contribuir para que a atitude apresentada em relação aos fatores ligados ao tratamento seja positiva, como demonstra a tabela 3, mas aparentemente não exerceu grande peso sobre a aderência dos indivíduos deste estudo. A maior média de atitude para este fator foi sobre a cognição, o que denota maior compreensão e conhecimento dos pacientes acerca da necessidade e funcionamento das medicações e que pode ser justificado pela maior escolaridade. Além disso, o esquema terapêutico utilizado para esses pacientes pode ser considerado como simples²², já que se trata apenas da ingestão de medicamentos. Então, os participantes percebem de maneira favorável o seu tratamento e sugerem recursos cognitivos positivos em relação à situação vivida, mas não sendo suficiente para determinar fortemente a adesão, pois a avaliação sobre sua doença foi desfavorável. Além disso, o comportamento de ingestão dos medicamentos ocorre quando se está desacompanhado ou na presença de pessoas apoiadoras, sofrendo pouca influência

social negativa, o que confirma ainda mais a influência do estigma sobre a aderência do paciente.

O fator relacionado à doença apresenta relação estreita com as representações sociais sobre a patologia e por mais que a unidade e o sistema de saúde estejam preparados para receber, acolher e oferecer cuidado ao paciente, a sociedade ainda não está. A atitude dos participantes em relação à doença não foi considerada favorável. A discrepância da avaliação desses pacientes entre os fatores de adesão nos faz refletir sobre estratégias de desconstrução de crenças preconceituosas sobre a PVHIV e o planejamento de ações que contribuam para a disseminação de informações sobre a infecção do vírus da imunodeficiência humana adquirida.

Além disso, as análises da população estudada demonstram que esta possui elevado apreço pela unidade de saúde e se comporta de maneira coerente com seus sentimentos sobre esse fator. Mais do que isso, de acordo com os dados da tabela 4, o aspecto afetivo geral obteve maior pontuação diante da totalidade da adesão. Tal resultado aponta para uma forte interferência dos afetos para com a adesão, sendo este um ponto a ser trabalhado pela equipe de saúde com a possibilidade de facilitar a aderência. Este dado converge com estudos na área de atitude, que apontam para uma maior relevância do aspecto afetivo, com relação ao cognitivo e comportamental. A avaliação afetiva, nem sempre consciente, é o ponto de partida para posteriormente surgir conhecimentos e comportamentos. Este fenômeno acontece devido uma tendência de coerência dos aspectos cognitivos e comportamentais para com os aspectos afetivos²³.

A partir disso, percebe-se o quanto os esforços para humanizar a unidade de saúde alcançam bons resultados. A qualidade do atendimento prestado está além de apenas ser resolutivo, engloba aquilo que é subjetivo. Acolher o paciente e escutá-lo de maneira legítima, ser receptivo àquilo que o paciente está disposto a trazer e acredita ser necessário. Independente do nível de complexidade do serviço de saúde é fundamental que a tecnologia mínima como o bom relacionamento esteja presente, pois ela é a base para a formação do vínculo entre paciente e instituição. Este relacionamento desencadeia a confiança do usuário na equipe de saúde e permite que esta seja fonte de suporte, facilitando a continuação do acompanhamento²⁴. As respostas dos participantes indicam que o afeto é o principal instrumento que o profissional de saúde pode fazer uso, além de ser um facilitador da adesão⁸.

Partindo desta concepção, em 2014 foi implementado no Brasil, em conjunto com o UNAIDS, a Iniciativa Zero Discriminação que visa abordar a discriminação nos serviços de saúde, locais de trabalho e educação. Dentro do leque de ações dessa iniciativa está: o incentivo às instruções dadas aos pacientes, para que sejam baseadas em evidências, principalmente, sobre o uso de álcool e drogas em relação ao tratamento antirretroviral focando a adesão na realidade do paciente; oferecer empoderamento ao usuário e esclarecer sobre seus direitos; refletir sobre a burocracia e organização de aspectos dentro do Sistema Único de Saúde que impedem o acesso de pessoas trans, dentre outros. O programa citado ressalta a importância de que a equipe de saúde não se posicione como uma barreira à adesão e ao

acesso ao cuidado, mas sim como ponte de integração²⁵.

Sendo assim, apesar de muito se discutir sobre a adesão, principalmente sobre a quantidade de medicações ingeridas e sobre a responsabilidade do paciente na não aderência, é fundamental a corresponsabilização¹⁹. Seguindo a lógica da amplitude do conceito de adesão é primordial que estudos que tratem deste também se preocupem em englobar todos os seus determinantes, envolvendo o sistema de saúde, a sociedade e a cultura.

CONCLUSÃO

Com os resultados deste estudo é possível compreender que seus participantes demonstram atitude favorável em direção a aderir ao tratamento, principalmente o sexo masculino. Além disso, a dimensão afetiva mostrou amplo reflexo sobre a adesão, exercendo papel determinante sobre sua expressão final, positiva ou negativa, quando comparada à cognição e comportamento. Aspectos relacionados ao tratamento desempenharam pouca contribuição com relação à uma boa tendência de adesão; o fator relacionado ao paciente apresentou maior intervenção positiva quando comparado aos seus pares, ao contrário do fato ligado à doença que se configurou como ponto dificultador de comportamentos aderentes.

Apesar da inclinação em direção à adesão, houve certa incongruência entre as dimensões da atitude, servindo-nos como lembrete de que a simples tendência favorável não implica necessariamente em expressão de adesão. O resultado de aderir ou não nem sempre revelará a atitude total do paciente, pois inúmeras influências contribuem para essa consequência. A realidade que cerca o indivíduo não pode ser deixada de lado nesta equação, sendo necessário munir o contexto do paciente de apoio e acolhimento, já que o preconceito e o julgamento social demonstraram ser um determinante importante. Inserir a questão da sociedade no objetivo de adesão é também parte de esforços mundiais no combate ao HIV e é necessário que continue sendo.

Alcançar uma boa aderência não traz benefícios apenas para o usuário, mas também para toda a sociedade, pois significa menor número de adoecimento com menores gastos em internações, prevenção a novas infecções e redução do estigma. É ainda importante pontuar a necessidade da continuação de estudos que se preocupem com o paciente e sua adesão de maneira ampla, já que são escassos, sem culpabilizá-lo e envolvendo a contribuição do social. Considerando ainda que a adesão não possui caráter permanente, mas sim de estado, é fundamental que ações de acompanhamento e avaliação deste processo sejam previstas nas unidades de saúde. Somente estando ao lado do paciente e detectando precocemente os complicadores da adesão é que se pode mantê-la.

Além do grande poder de influência da visão social sobre a PVHIV, os resultados apontam para a grande contribuição do fator relacionado ao sistema e a equipe de saúde, principalmente no que tange à afetividade. O relacionamento interpessoal estabelecido pelo profissional de saúde com o paciente é grande facilitador da adesão e como tal é merecedor de incentivos e capacitações para seu refinamento, sendo o principal instrumento de trabalho.

As análises positivas sobre o relacionamento em relação à unidade de saúde diante das respostas dos participantes podem ser também consideradas um viés da pesquisa, já que a unidade em que os dados foram coletados é referência no atendimento aos pacientes que vivem com HIV e possui programas para melhoria ao atendimento ao cliente. Cabe ainda citar como viés o fato de que por se tratar de coleta de dados realizada em ambulatório é possível que parte destes participantes de fato sejam aderentes e com disposição ao seu cumprimento.

REFERÊNCIAS

1. Tavares, N. U. L.; Bertoldi, A. D.; Mengue, S. S.; Arrais, P. S. D.; Luzia, V. L.; Oliveira, M. A.; Ramos, L. R.; Farias, M. R.; & Dal Pizzol, T. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de saúde pública* (São Paulo), 50(supl 2) (10), 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006150>.
2. Carvalho, P. P.; Barroso, S. M.; Coelho, H. C.; & Penaforte, F. R. O. (2019). Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24 (7), 2534-2555. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>.
3. Dias, A. M.; Cunha, M.; Santos, M. M.; Neves, A. P. G.; Pinto, A. F. C.; Silva, A. S. A.; & Castro, S. A. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*, 40, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1211/2/Ades%C3%A3o%20ao%20regime%20Terap%C3%A9utica.pdf>>. Acesso em: 02 out 2021.
4. GUSMÃO, J. L.; & MION JR., D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertens.*, 13(1), 2006. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>>. Acesso em: 5 Set 2020.
5. Liberato, S. M. D.; Souza, A. J. G.; Gomes, A. T. L.; Medeiros, L. P.; Costa, I. K. F.; & Torres, G. V. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2014, 16 (1), 191-198. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22041>.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com hiv e aids. Brasília: ministério da saúde, 2008. 130 p. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf>. Acesso em: 8 Ago 2020.
7. Seidl, E. M. F.; & Remor, E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2020, 36 (spe 6), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>.
8. Pinto, I. A.; & Figueiredo, A. A. F. Fatores que Influenciam na Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Antirretroviral por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: uma Revisão da Literatura Científica Produzida no Brasil entre 2010-2017. *Convención Internacional de Salud, Cuba 2018*. Recuperado em 15 de novembro de 2020 de <http://www.convencionalsalud2018.sld.cu/index.php/convencionalsalud/2018>.
9. UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 2015. Disponível em: < https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em 20 nov 2020.
10. UNAIDS. 90-90-90: bom progresso, mas o mundo está longe de atingir as metas de 2020. UNAIDS, Brasília, 21 de set., 2020. Disponível em: < <https://unaids.org.br/2020/09/90-90-90-bom-progesso-mas-o-mundo-esta-longo-de-atingir-as-metas-de-2020/>>. Acesso em: 20 de Nov. 2020.
11. Leal, N. S. B.; Soares, M. F.; Rocha, I. T.; & Ribeiro, C. G. A Atitude de Universitários em Relação ao Profissional de Limpeza Urbana. *Psic. Cienc. Prof.*, 2013, 33 (4), 946-963. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000400013>.
12. Myers, D. G. *Psicologia Social*. Rio de Janeiro: AMGH, 2014.
13. Borges, L. O.; & Pinheiro, J. Q. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estudos de psicologia* 7, 2002.
14. Menezes, E. G.; Santos, S. R. F.; Melo, G. Z. S.; Torrente, G.; Pinto, A. S.; & Goiabeira, Y. N. L. A. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2018, 31 (13), 299-304. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>.
15. Almeida, E. L.; Araújo, G. B. S.; Santos, V. A.; Bustorff, L. A. C. V.; Pereira, A. V. L.; & Dias, M. D. Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, 5(2), 2011.
16. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística – IBGE. Painel de indicadores de escolarização. Brasília, 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/indicadores>>. Acesso em 10 de Nov. 2020.

17. Brasil. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, dez. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/indicadores>>. Acesso em: 10 Out 2020.
18. Freitas, J. P.; Sousa, L. R. M.; Cruz, M. C. M. A.; Caldeira, N. M. V. P.; & Gir, E. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2018, 31 (3), 327-333. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046>
19. Resende, R. C.; Podestá, M. H. M. C.; Souza, W. A.; Barroso, T. O.; Vilas Boas, O. M. G. C.; & Ferreira, E. B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2012, 10(2), 186-201. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2012.102.186201>.
20. Moraes, D. C. A.; Oliveira, E. C.; & Costa, S. F. G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2014, 18(4).
21. Primeira, M. R.; Santos, W. M.; Paula, C. C.; & Padoin, S. M. M. (2020). Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paul. Enferm*, 2020, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0141>.
22. Padoin, S. M. M.; Züge, S. S.; Aldrghi, J. D.; Primeira, M. R.; Santos, E. E. P. & Paula, C. C. Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2015, 24 (1), 71-78. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100008>.
23. Cavazza, N. *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Editora Loyola, 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento Nas Práticas De Produção De Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.,
25. UNAIDS. *Relatório – seminário zero discriminação nos serviços de saúde*. UNAIDS, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2018_RelatorioZERO_Discrimination.pdf>. Acesso em 10 de jan. de 2021.