

**ADESÃO À TERAPEUTICA ANTI RETROVIRAL  
NO HOSPITAL ESPERANÇA EM LUANDA-  
ANGOLA**

**Maria Fernanda Carlos Baptista**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL, Departamento de Métodos  
Quantitativos para Gestão e Economia

Junho 2016



## ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), who early came to be considered a phenomenon referred to certain social groups that incidentally were seen as outcast by the social pattern had as "normal", it became in the early eighties a cross disease to all companies, groups and socio-demographic profiles. By means of being there a few of this phenomenon knowledge possessors as well as rare studies have been published in Angola, we then did this deep incursion into this subject by this work.

In addition to this theoretical work a collection has been done in a reference hospital unit for diagnosis and monitoring HIV and AIDS positive people in Luanda – Angola. Therefore, there was taken a sample of 250 patients diagnosed as HIV and AIDS positive and receiving antiretroviral treatment since 2004 at “Hospital Esperança”. so as to allow us to evaluate the occurrence at the unit. Among the 250 HIV or AIDS patients, a gender division was not reasonable, the sample is composed of more women (68%) than men (32%). The average age was 57 years, being 93% human immunodeficiency virus patients and 7% acquired immunodeficiency syndrome patients.

In most patients we can perceive that there are more patients in the first line (76%) than in the remaining second line (24%). Patients of the first line are the ones making the first therapy (AZT + 3TC + NVP) and the second line are patients who had to change therapy for some reason. For example: patients who had abandoned treatment and then resume the medication which starts to undergo or causing side effects itself.

The importance given to treatment for HIV, according to the sample in question, is very relevant, and nearly all patients have said that their health depends on the medication and it would not be possible to live without. They also mention to be aware that if they wouldn't have taken any medication they would eventually have been seriously ill, since this therapy helps not to worsen health state. Thus, nearly all patients assume to be aware that their long-term health depends on the HIV medication.

**Keywords:** Occurrence to therapy, HIV-AIDS antiretroviral

## **RESUMO**

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), que no início chegou a ser considerado um fenómeno remetido a determinados grupos sociais de risco e que por sinal até eram vistos com a margem por referência ao padrão social tido como “ normal” , tornou-se no início dos anos oitenta uma doença transversal a todas as sociedades, grupos e perfis sociodemográficos.

Os possuidores de conhecimentos acerca do fenómeno e os estudos que têm sido publicados, em Angola, são raros por isso se fez essa incursão profunda a esse assunto neste trabalho.

Além deste trabalho teórico fez-se uma recolha, na unidade de referência para diagnóstico e acompanhamento de pessoas com VIH e SIDA , em Luanda – Angola, de uma amostra de 250 pacientes diagnosticados com infecção VIH e SIDA em acompanhamento no Hospital Esperança, e com prescrição anti-retroviral desde 2004, com objectivo de nos permitir avaliar a adesão à terapêutica no Hospital Esperança em Luanda.

Dos 250 pacientes com VIH/SIDA, a divisão por géneros não foi equitativa, sendo a amostra composta por mais mulheres (68%) que homens (32%) . A media de idade foi de 57 anos. 93% ainda são pacientes com o vírus da imunodeficiência humana e 7% com síndrome de imunodeficiência adquirida.

Na maior parte dos pacientes conseguimos ver que existem mais pacientes na primeira linha (76%) e os restantes 24% são pacientes em segunda linha. Os pacientes da primeira linha são os que fazem a primeira terapia (AZT +3TC+ NVP) os de segunda linha são os pacientes que por alguma razão tiveram que mudar de terapia. Como por exemplo: pacientes que abandonaram a terapia e depois retomam e a medicação começa a fazer resistência, os pacientes com efeitos colaterais a própria terapia. A importância dada ao tratamento para a VIH, por parte da amostra em estudo, é muito relevante, sendo que, praticamente a totalidade dos pacientes, afirma que a sua saúde dependa da medicação e que não seria possível viver sem esta. Referem ainda, ter conhecimento que, caso não fizessem toma de qualquer medicação para VIH, corriam o sério risco de ficar gravemente doentes, uma vez que esta terapêutica ajuda a não agravar o estado de saúde. Desta forma , praticamente todos os doentes assumem ter conhecimento de que a sua saúde, a longo, prazo depende da medicação para a VIH.

**Palavras-chave: Adesão a terapia, antiretroviral VIH-SIDA**

## **AGRADECIMENTOS**

Percorridos dois anos da nossa formação, vamos com esta dissertação aumentar e enraizar os vários saberes precisos à nossa prática profissional e preciosidade intelectual.

Procuramos alcançar o melhor de cada experiência para conseguir incitar ao nosso crescer e ao desenvolvimento concentrado na entrega a felicidade e bem-estar pessoal.

Todavia, esta dissertação que agora concluímos e apresentamos, é o terminar de uma longa sequência de acontecimentos, e são devidos os agradecimentos às muitas pessoas, reconhecendo e enaltecendo a sua importância ao longo do nosso curso de vida.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Deus, por se fazer sempre presente em cada momento da minha vida, em minhas vitórias e derrotas e nunca me ter deixado perder a fé.

Ao Ministério da Saúde, na pessoa do Sr. Ministro da Saúde, Doutor José Vandúnem, a possibilidade e as condições proporcionadas para a frequência ao curso de mestrado;

Ao Exmo Reverendo Sr Doutor Francisco Domingos Sebastião por incondicionalmente ter-me apoiado num momento bastante decisivo aquando da proposta deste desafio os mais vivos sentimentos de gratidão.

À Igreja Assembleia de Deus Petencostal de Angola, por terem orado por mim várias vezes em que queria desistir deste projecto. A minha eterna gratidão e que Deus os abençoe grandiosamente.

Ao Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, na pessoa da Sra. Diretora Geral Dra Dulcelina Serrano e a todos os colegas, pelo incentivo e pela confiança depositada e por terem autorizado a minha saída para a frequência no curso de mestrado, o meu sentimento de profunda gratidão.

Ao Hospital Esperança, na pessoa do Dr. Milton Veiga, do Dra Lidia Sangongo e todos os profissionais – meus colegas, especialmente Carolina António e Antonia dos santos agradeço pela preciosa colaboração e auxílio prestados nos múltiplos processos de sensibilização dos utentes, de recolha de dados na fase inicial da pesquisa, bem como, todos os inestimáveis encorajamentos e incentivos que em muito nos ajudaram a ultrapassar as adversidades inerentes à simultaneidade da nossa prática profissional e preparação da presente investigação.

À Coordenação do Curso na pessoa da Senhora Antonieta e ao departamento de gestão do Instituto Superior de ciências e tecnologia, e todo o seu corpo docente, pela atenção, pela compreensão, pelo acolhimento e suporte técnico que de me foi dado nos momentos em

que mais necessitei, desde o início da formação, pelo exemplo de dedicação e amor a docência - expresso o meu eterno agradecimento.

À minha querida orientadora, Senhora Professora Doutora Sofia Portela, expresso igualmente, o meu profundo reconhecimento por confiar em mim e, pela competência, seriedade, sensibilidade, encorajamento, disponibilidade incondicional, pela paciência, em cada momento da presente dissertação; pelos ensinamentos, pelo rigor ético, derivados da sua sólida experiência e formação científica e académica - sua orientação foi um privilégio para mim, valeu a pena tê-la conhecido Doutora – O meu eterno obrigada, pela pronta disponibilidade, imprescindíveis à este estudo para a população angolana.

Não posso esquecer de dar um tributo, uma homenagem, aos meus Filhos, Mariberto Neto, Desderio Baptista, Isinandro Baptista e Joana Baptista, pelos constantes carinhos, ternuras e afetos com que me cobriam, principalmente nos momentos mais difíceis de elaboração desta dissertação, inclusive nas noites e dias de clausura que incansavelmente comigo compartilharam, pelo constante entusiasmo e apoio com que generosamente me consagraram e que constituiu uma inestimável fonte de energia e de bem-estar, para levar a bom rumo esta expedição - certamente que o mérito também é vosso.

À minha família, de origem, Mãe, irmãos, tios primos, sobrinhos, à minha família adquirida e amigos, pelo suporte emocional e afetivo nos momentos de maior fraqueza – a minha carinhosa gratidão.

Às minhas cunhadas e amigas Toninha e Zarita, por todas às vezes que a sua disponibilidade foi fonte de energia positiva em meu percurso académico, um momento singular do céu nesta terra ante as situações adversas. Se as palavras significam alguma coisa, neste momento não dão a mais ténue ideia do sentimento de respeito, simpatia, ternura e amizade que por elas nutro – a elas também devo a minha profunda gratidão de mérito por esta conquista.

Ao meu marido Isidro Baptista, agradeço pelas “pressões” e pelo “suporte financeiro incondicional” ao longo destes anos – que Deus seja louvado na tua vida, poderosamente.

À Patrícia minha sobrinha, por partilharmos juntas os momentos de crise e de maior angústia – os teus incentivos foram para mim fonte de energia positiva “tia Nanda sê forte e acredita em Deus, tu vais conseguir, já falta muito pouco, aguenta, tu és uma mulher guerreira” – obrigada, por fazeres parte desta caminhada.

Ao meu filho Mariberto pelo suporte técnico na tradução do abstract. Foi Deus quem te enviou no momento em que eu mais precisava – estou profundamente grata. À todos os meus colegas do mestrado em particular à Tania Cardoso, Paulo Oliveira, Sergio, à Celma

Fansony, parceiros neste percurso académico, pela amizade construída, quero destacar o privilégio que foi para nós, partilhar os anseios, às dificuldades e oportunidades vivenciadas ao longo destes anos; deixo patente a minha maior consideração e gratidão pela frutuosa colaboração.

Quer seja pela felicidade e bem-estar com que me parabenizaram, quer seja pelo auxílio em todas as dimensões da minha vida, todos os reconhecimentos e agradecimentos são poucos para expressar a minha total estima e consideração por todos.

E Àqueles que estão dentro do meu coração, mas que a memória traiçoa de momento e, por isso involuntariamente não mencionei, perdoem-me a ostensível ingratidão. Sou a vós também grata. À todos

O meu muito obrigado.

# ÍNDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>V</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELA DE GRAFICOS</b> .....	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>XI</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS .....	14
2.1.1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLOGICA VIH/SIDA EM ANGOLA .....	16
2.2. ADESÃO TERAPÊUTICA .....	20
2.2.1 CONCEITO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	20
2.2.2 TIPOS DE NÃO ADESÃO A TERAPÊUTICA .....	22
2.2.3 DETERMINANTES DA ADESÃO DO TRATAMENTO EM PACIENTES COM VIH E SIDA .....	23
2.2.4 ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTIRETROVIRAL VIH/SIDA .....	28
2.3 IMPACTO DO SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO A TERAPÊUTICA ANTIRETROVIRAL.....	32
2.4 MEDIÇÃO DA NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	33
2.4.1 METODOS DIRECTOS .....	34
2.4.1 METODOS INDIRECTOS .....	35
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>37</b>
3.1. OBJECTIVOS.....	37
3.2. UNIVERSO E AMOSTRA .....	37
3.3 METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	37
3.3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA .....	38
3.3.2 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAUDE NO QUE RESPEITA O VIH .....	38
3.3.3 QUANTIFICAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	38
3.3.4 MOTIVOS DA NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	39
3.3.5 ESTRATÉGIAS PARA EVITAR A NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	40
3.3.6 CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO COMO MEDICO ASSISTENTE .....	40
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	42
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE, NO QUE RESPEITA AO VIH .....	44
4.3 QUANTIFICAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	46
4.4 MOTIVOS DA NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA .....	47
4.5 ESTRATÉGIAS PARA EVITAR A NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	48
4.6 CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO COMO MEDICO ASSISTENTE .....	50

4.7 ANÁLISE DE CORRELAÇÕES .....	52
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>.....</b>

## ÍNDICE DE TABELAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Prevalência do VIH estimada na População de 15-49 anos, boletim epidemiológico INLS (2015) .....	16
Gráfico 2- Número acumulado de serviços de Aconselhamento e Testagem, 2004 – 2014 .....	17
Gráfico 3- Número de testes VIH realizados em Gestantes, Crianças e Adultos, 2004 2014 .....	17
Gráfico 4- Número acumulado de serviços de acompanhamento e TARV Adulto e Criança, 2004 – 2014 .....	18
Gráfico 5 - Número de adultos e crianças que iniciaram acompanhamento e TARV, 2004 – 2014 .....	18
Gráfico 6 – Número acumulado de serviços do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical, 2004-2014 .....	19
Gráfico 7 - Número de Gestantes admitidas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), 2004-2014 .....	19

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição por gênero .....	42
Figura 2 - Distribuição etaria.....	42
Figura 3 – Níveis de Escolaridade.....	43
Figura 4 - Situação profissional .....	43
Figura 5 – Distribuição por provincias .....	44
Figura 6 – Distribuição por diagnostico clinico.....	44
Figura7 –Limitações atribuíveis ao VIH.....	45
Figura 8- Estado de saúde, relativamente à VIH, na perspectiva do doente.....	45
Figura 9 -Tipo de terapêutica e posologia utilizada .....	46
Figura 10 – Estado de saúde relativamente a medicação .....	46
Figura 11 – Cumprimento de indicações pelo cínico.....	47
Figura 12 - Avaliação da dificuldade da deslocação a consulta.....	47
Figura 13 – Avaliação de fatores condicionantes de adesão a terapia do VIH.....	48
Figura 14 - Estratégias adoptadas quando há dificuldade em seguir indicações médica...49	
Figura 15 - Estratégias habituais para evitar o esquecimento na toma da medicação .....	49
Figura 16 - Questões abordadas pelo médico assistente, aquando do diagnóstico ou de alterações terapêuticas.....	50
Figura 17 – Relação entre o médico e o doente, na perspectiva do doente.....	51
Figura 18 - Avaliação das necessidades do doente, na perspectiva do próprio.....	51

## 1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo VIH e a SIDA constituem, ainda hoje, um enorme desafio de dimensão global no plano da saúde, pese embora os avanços obtidos num passado recente e consolidados na última década no domínio da terapêutica de infecção pelo VIH e SIDA, bem como a contínua melhoria dos sistemas nacionais de vigilância do VIH e a implantação de estratégias de prevenção, nomeadamente da transmissão vertical em vários países da África subsariana, aonde reside cerca de dois terços da população mundial com SIDA.

As particulares características do processo de infecção pelo VIH e a inevitável progressão para a fase de SIDA, os efeitos secundários das terapêuticas utilizadas, o não conhecimento dos fatores que determinam a forma como os indivíduos avaliam a sua própria condição de vida, assim como a conveniência em iniciar precocemente a terapia anti-retroviral (TARV) nos indivíduos assintomáticos, convergem na necessidade urgente e generalizada, de avaliar a Adesão ao tratamento, neste grupo específico.

Passados mais de 30 anos após o surgimento do primeiro caso de VIH, o tratamento com antiretrovirais potentes é hoje uma realidade mundial e os preços são cada vez mais acessíveis, fazendo com que mais pessoas infectadas em muitos países tenham acesso aos mesmos fármacos.

Hoje está bem estabelecida a necessidade da conjugação de ações de tratamento e de prevenção como forma de potenciar o controlo da epidemia do VIH/SIDA. Além disso, a transmissão vertical do VIH pode ser evitada numa elevada proporção de casos.

Segundo o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA de Angola, desde 2007, que o sangue pode ser controlado e a transmissão pela via transfusional, praticamente abolida, o teste rápido permite um diagnóstico atempado e o tratamento pode ser iniciado precocemente, com uma melhoria notória nos níveis de qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH (INLS, 2008).

Os principais desafios de Angola no que respeita ao VIH/SIDA são a redução da incidência do VIH nas diferentes populações em situação de risco e em vulnerabilidade, a garantia dos direitos de cidadania e a promoção de uma melhor qualidade das pessoas com VIH e SIDA

Este trabalho tem como objectivo geral a:

- avaliar a adesão à terapêutica de retrovirais no Hospital Esperança em Luanda. Por sua vez, os objectivos específicos deste estudo são:

- caracterizar os motivos da não adesão à terapêutica anti retroviral no Hospital Esperança em Luanda

- identificar as estratégias para evitar a não adesão à terapêutica anti retroviral no Hospital Esperança em Luanda.

- caracterizar a relação entre o médico e o paciente do VIH/SIDA no Hospital Esperança

Para atingir esses objetivos aplicou-se um questionário aos pacientes com VIH/SIDA no Hospital em referência.

Relativamente à estrutura, o presente trabalho está dividido em cinco capítulos:

**Capítulo 1**, no qual se faz uma introdução. Incorporando um enquadramento teórico sobre o tema, apresentando breves considerações sobre o VIH/SIDA na África subsariana, especialmente em Angola e o estabelecimento dos objetivos do estudo;

**Capítulo 2**, que aborda os aspectos epidemiológicos do VIH no mundo e em Angola, referindo ainda as questões de adesão e não adesão da terapêutica, seus impactos e estratégias de adesão;

**Capítulo 3**, que exhibe a metodologia, os objetivos e os instrumentos de recolha de dados;

**Capítulo 4**, onde se apresentam e se discutem os resultados obtidos no estudo; e finalmente,

**No capítulo 5**, onde se expõem as considerações finais e apresentação de algumas limitações do estudo.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos epidemiológicos do VIH

Tendo por base um relatório elaborado por Beith e Johnson (2006), estimativas recentes indicavam que pelo menos 90% dos indivíduos com VIH no mundo em desenvolvimento, não tinham consciência da sua serologia, sublinhado que um dos fatores significativos que desencorajava as pessoas a fazer um teste de VIH, era o medo das possíveis consequências de receberem um resultado positivo, aliados ao estigma e à discriminação.

Segundo o relatório da Onusida (2011), a descoberta da doença no início dos anos 80, continua a ser até hoje um grande desafio para a área da saúde e sobretudo da comunidade científica no mundo em geral e, cerca de 2 milhões de pessoas pereceram em decorrência desta doença (Vidinha, 2011).

Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH. Cerca de 30 milhões morreram por causas relacionadas com a SIDA. O número total de crianças entre os 0 e 17 anos que perderam os pais aumentou para 16 milhões (Vidinha 2011).

No final da década de 90, o número de novas infecções diminuiu, cerca de 19% e há menos mortes por SIDA, devido ao aumento do acesso à terapêutica anti-retroviral. Assim, o número de pessoas que vivem infetadas aumentou, mas ainda ocorrem duas novas infecções por cada pessoa que inicia a terapêutica apesar da ampliação dos recursos terapêuticos, do aumento da sobrevivência e da mudança do perfil epidemiológico. (Vidinha, 2011).

No ano de 2011, o número estimado de mortes em adultos e crianças por SIDA era de 2,1 milhões, sendo que 1,6 milhões (76%) desses óbitos ocorreram na África Subsaariana. Esses dados caracterizam uma pandemia mantendo-se os padrões de expansão e disseminação conforme a situação de cada país e de cada comunidade. (ONUSIDA, 2013)

A epidemia continua a alastrar-se nos países e regiões onde a testagem e o tratamento do VIH e SIDA ainda precisam de ser fortalecidos. Em 2011 as duas regiões de menor cobertura eram a Europa Oriental e a Ásia Central (24%), o Médio Oriente e o Norte da África (15%). Estas regiões são também as únicas em que o número de novas infeções aumenta nitidamente (ONUSIDA, 2013a).

O crescimento da sobrevivência de pessoas infetadas com o VIH, na análise de Geocze *et al* (2010), no seu artigo sobre adesão terapêutica à “Highly Active Antiretroviral Therapy”-

HAART e sobre a qualidade de vida dos pacientes com VIH, reflete o impacto benéfico da terapia antiretroviral, uma vez que o número estimado de óbitos relacionados a SIDA em 2008, foi de aproximadamente 10% inferior ao ano de 2004.

A África Subsariana continua a ser a região mais afectada pelo VIH, representando 70% de novas infeções ocorridas no mundo ONUSIDA (2011).

O relatório da onusida, fazendo alusão ao estado atual da epidemia do VIH e SIDA em África, fundamenta que o número de pessoas que recebe tratamento antiretroviral aumentou de menos de 1 milhão em 2005 para 7,1 milhões em 2012, com quase 1 milhão adicionados no ano de 2011. Aliado a isto, as mortes relacionadas com o VIH e SIDA, também continuam a reduzir, sendo esta prevalência reduzida em 32% de 2005 para 2011, bem como os números de novas infeções pelo VIH, reduzidos em 33% de 2001 para 2011. No entanto, apesar de todos estes esforços e avanços, África continua a ser a mais afectada pelo VIH do que qualquer outra região do mundo, respondendo por 67% das pessoas que vivem com VIH e SIDA no mundo ONUSIDA, (2013). Em 2011 ainda havia 1,8 milhões de novas infeções pelo VIH em todo o continente, e 1,2 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com a SIDA (ONUSIDA, 2013a).

Outro dado interessante do relatório produzido pela ONUSIDA em 2011 enfatiza que, as pesquisas clínicas realizadas no Quênia, na África do Sul e no Uganda mostraram que a circunscisão médica masculina voluntária pode desempenhar um papel significativo na redução e no risco de infeção pelo VIH entre os homens. A África do Sul executou o primeiro teste para provar que um microbicida pode proteger as mulheres da infeção pelo VIH ONUSIDA, (2011).

Segundo o Inquérito Integrado sobre Bem- Estar da População –IBEP- em 2010, citado no referido relatório, Angola, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, regista em termos económicos e sociais, consideráveis perdas devidas ao elevado fardo das doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo em mulheres e crianças, agravada pela desestruturação de que foi vítima ao longo do conflito armado.

O relatório do INLS (2012), observa também que, os jovens são o grupo de população vulnerável ao VIH, devido ao seu comportamento, ou seja, o início precoce das relações sexuais, troca frequente de parceira (o)s, pouca aceitação do risco que se reflecte na pouca demanda aos serviços de diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio.

Em Angola, tal como noutros países a nível mundial, os esforços na prevenção são maioritariamente focados na informação, educação e comunicação nos serviços de saúde, ao nível comunitário e através da comunicação social e nas actividades de

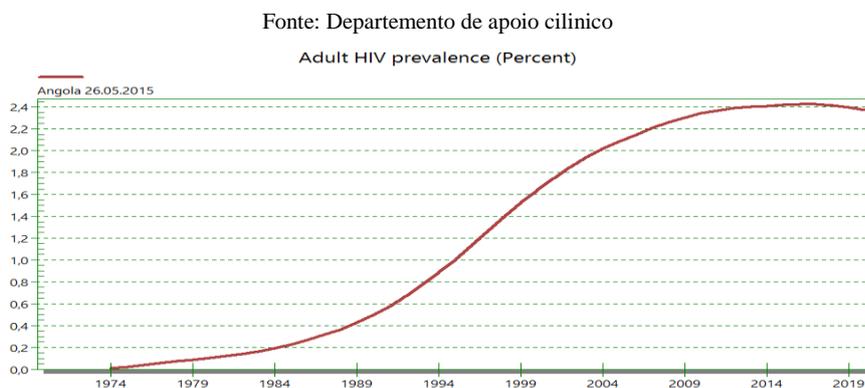
aconselhamento testagem voluntária, no programa de transmissão vertical (AT/PTV/TARV).

A prevenção da infeção pelo VIH e SIDA nestes grupos de população jovem, constitui uma prioridade na resposta nacional, com vista a assegurar a sustentabilidade das intervenções, incluindo o envolvimento de parcerias multisectoriais que abordem comportamentos e situações que atinjam à múltipla causalidade de fatores estruturais, culturais, educativos e sociais favorecedores da vulnerabilidade para a transmissão do VIH. Angola encontra-se numa posição peculiar por ter uma prevalência de VIH, relativamente mais baixa na região austral de África (2,4%) comparativamente aos países vizinhos da região, de acordo com a Onusida (2011), citado por INLS (2012).

### 2.1.1. Situação epidemiológica VIH/SIDA em Angola, entre 2004 e 2014

Segundo reportou o boletim epidemiológico do ano de 2015 do INLS que Angola tem uma epidemia considerada generalizada, com prevalência estimada de 2,4% em 2014, inferior aos demais países da região.

**Gráfico 1- Prevalência do VIH estimada na População de 15-49 anos, boletim epidemiológico, INLS (2015)**



FONTE: Departamento de apoio clínico e Médico (INLS)

As estimativas calculadas pelo *Programa EPP-Spectrum* são baseadas em dados de estudos seroepidemiológicos realizados em Mulheres Grávidas em Consulta Pré-Natal (CPN) a nível nacional e em populações chave em duas províncias do país.

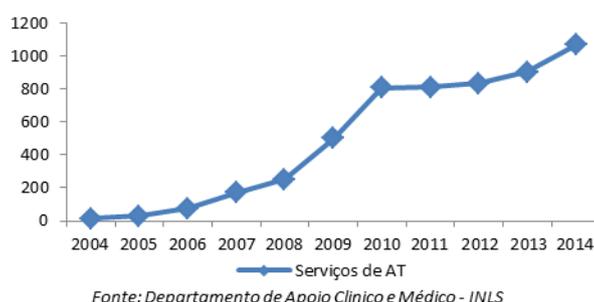
Os resultados destes estudos e informações de notificações de Unidades Sentinela, apesar de não serem representativos para todo o país, são suficientes para estimativas e hipóteses sobre a caracterização da epidemia INLS (2015). Segundo estes dados, a epidemia do VIH

no país é predominante na população de adultos jovens e em mulheres. Concentra-se principalmente em grandes áreas urbanas, regiões de garimpo, grandes rotas viárias, portos comerciais e fronteiras. A via de transmissão sexual e a categoria de transmissão heterossexual são predominantes.

### Aconselhamento e Testagem (AT)

Em Angola o número de serviços de AT cresceu rapidamente de 15 serviços em 2004 para 1.068 em 2014 (Gráfico 2).

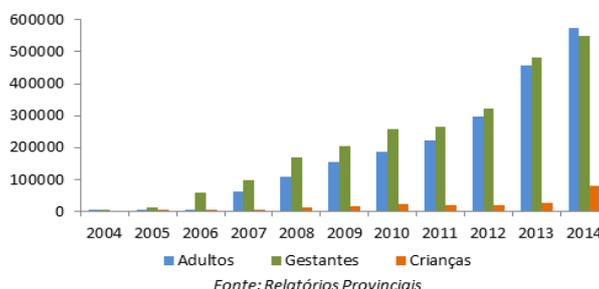
**Gráfico 2- Número acumulado de serviços de Aconselhamento e Testagem, 2004 – 2014**



No período de 2004 a 2014 foram realizados 4.677.962 testes de VIH em Adultos, Crianças e Gestantes, observando-se um incremento em todos os grupos, reflectindo a maior cobertura dos serviços de testagem, bem como maior número de profissionais capacitados para o efeito.

De acordo com os dados registados, em 2004 foram realizados 2.479 testes em adultos e 2.060 testes em gestantes, sendo que em 2014 realizaram-se 573.236 testes em adultos, 551.356 testes em gestantes e 79.960 testes em crianças (Gráfico 3).

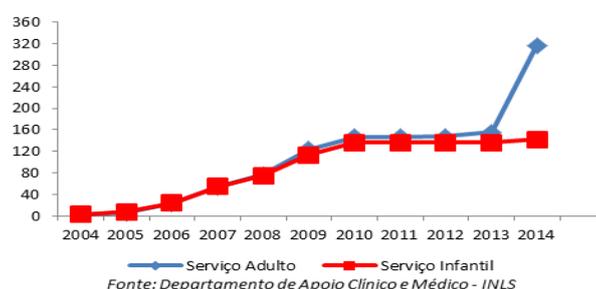
**Gráfico 3- Número de testes VIH realizados em Gestantes, Crianças e Adultos, 2004-2014.**



## Acompanhamento e tratamento antirretroviral (TARV)

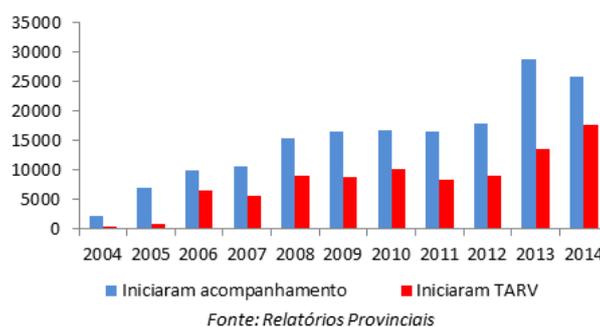
O número de serviços de TARV para adultos e crianças cresceu consideravelmente desde 2004, passando de 3 serviços de adultos para 317 em 2014, e de 3 serviços de crianças para 142 em 2014 (Gráfico 4). Este aumento proporcionou maior acesso ao seguimento e tratamento das pessoas vivendo com VIH (PVVIH), bem como a garantia do acesso universal e gratuito à TARV prescrita de acordo com os protocolos nacionais, que resultou em redução da morbilidade e mortalidade pela SIDA, redução da transmissão do VIH e melhor qualidade de vida para as PVVIH.

**Gráfico 4- Número acumulado de serviços de acompanhamento e TARV Adulto e Criança, 2004 – 2014**



O maior acesso aos Serviços de Acompanhamento e Tratamento está reflectido no número de pessoas que iniciaram acompanhamento, passando de 2.085 em 2004, para 25.892 em 2014. Em relação a TARV, 445 pessoas iniciaram o tratamento em 2004 e 17.747 pessoas em 2014 (Gráfico 5).

**Gráfico 5 - Número de adultos e crianças que iniciaram acompanhamento e TARV, 2004 – 2014**



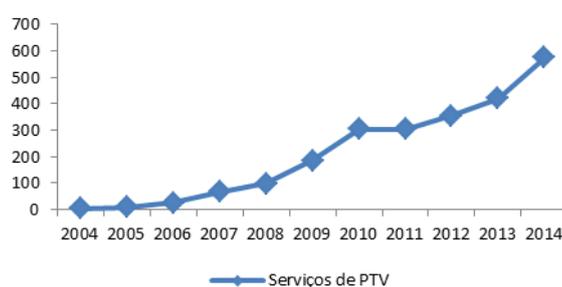
## Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

A prevenção da transmissão vertical do VIH é uma prioridade nacional. Considerando os compromissos internacionais assumidos, Angola elaborou para o período 2012-2015 um *Plano Nacional para a Eliminação do VIH de Mãe para Filho*.

Os serviços de PTV aumentaram significativamente desde 2004, passando de 3 serviços para 575 serviços em 2014 (Gráfico 6), possibilitando maior acesso das gestantes ao acompanhamento e às intervenções para prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho (Gráfico 7).

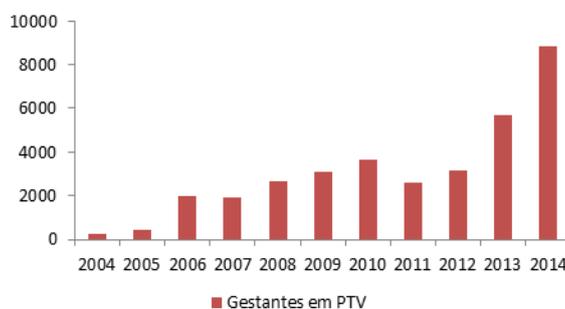
Em 2012, Angola adoptou a *Opção B+ da OMS para as gestantes*, o que significa que independente do valor de CD4, após iniciar o TARV durante a gravidez, a mulher permanecerá em tratamento mesmo após o parto, por toda a vida.

**Gráfico 6 – Número acumulado de serviços do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical, 2004-2014.**



Fonte: Departamento de Apoio Clínico e Médico - INLS

**Gráfico 7 - Número de Gestantes admitidas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), 2004-2014.**



Fonte: Relatórios Provinciais

### **Vigilância da Transmissão Vertical do VIH**

No âmbito das ações de PTV, Angola iniciou em Abril de 2015 a vigilância da transmissão vertical do VIH através da notificação individual da gestante, parturiente ou puérpera VIH positiva e da criança exposta ao VIH. Inicialmente foi implantada em quatro Unidades Sanitárias da província de Luanda, onde já é realizado o Diagnóstico Precoce Infantil (DPI), nomeadamente: Maternidade Lucrecia Paim, Hospital Geral dos Cajueiros, Hospital Especializado Augusto Ngangula e Centro de Saúde Viana I.

Os objectivos da notificação são:

- Monitorar as medidas de prevenção à infecção da criança no período pré-natal, durante o parto e após o nascimento;
- Identificar os factores de risco e oportunidades perdidas para a prevenção da transmissão vertical;
- Planear e avaliar as ações de controle

## **2.2 Adesão à Terapêutica**

### **2.2.1 Conceito de adesão à terapêutica**

Desde a época hipocrática que a efetivação das recomendações médicas vêm sido referidas com valor. Entretanto o conceito de “Adesão” foi apenas descrito nos anos 80, do séc. XX, por Haynes, auxiliando de apoio à definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 2003, definiu adesão terapêutica como a “ *... medida em que é avaliado o comportamento de uma pessoa – a tomar medicação, seguir uma dieta, e ou mudanças de estilo de vida, correspondentes com as recomendações de um profissional de saúde*”

Nesta efetivação das recomendações dos profissionais de saúde atribui-se como especial desafio em situações de doença crônica. Estas, pela sua duração/evolução lenta, muitas vezes não tendo objetivo de cura, mas sim, de manter a doença estável ou controlada, envolvem regimes terapêuticos que exigem o envolvimento do doente e a sua motivação para manter uma determinada terapêutica sem data limite estabelecida.

Contudo, o conceito que designa a falta do cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde tem sido amplamente discutido, dependendo da própria perspectiva da relação do profissional de saúde com o doente.

No entanto, neste contexto podemos falar de cumprimento ou de adesão à terapêutica. O primeiro pensamento prende-se mais com a concepção paternalista da medicina, em que o paciente deverá obedecer às informações dadas. O trabalho em equipa cingiu-se de ponto de vista do segundo conceito. O paciente não é um sujeito passivo e terá de acordar com a equipa médica um plano terapêutico, aceitando aderir a uma estratégia onde ele próprio teve voz no esboço, dividindo, desta forma, a responsabilidade do tratamento.

Mas, segundo Bugalho e Carneiro (2004), ambos os termos poderão ser utilizados desde que se reportem à presença de um acordo/aliança entre as duas partes.

É, no entanto, nesta determinação que o processo de adesão começa. Um processo bastante trabalhoso que deverá ser em conformação nas suas várias componentes.

Este assunto de terminologia tem sido grandemente discutido. Para além do cumprimento (*compliance*) ou adesão (*adherence*) têm surgido novas maneiras de uso em estudos mais atuais, especificamente, concordance ou persistence.

De acordo com Vrijens (2012), concordance reporta-se à cooperação entre o médico e o paciente, na instalação de um programa de tratamento, reconhecendo a presença de diversas visões face ao mesmo tratamento. Recomenda, pois, responsabilização e capacidade de decisão do doente de forma informada, participando activamente no processo de decisão responsabilizando-se por este, através de uma parceria entre o doente e o profissional de saúde (Bastakoti 2013; Lindsay e Heaney, 2013).

O termo *persistence*, refere-se à duração da terapêutica estabelecida, definindo-se como o período de tempo predefinido (por exemplo, 12 meses) que medeia o início do esquema terapêutico e a sua descontinuação (Cramer ET AL, 2008).

No entanto, de modo genérica, o termo mais utilizada no estudo deste tema diferencia-se, especialmente, no grau de autoridade do doente na atividade terapêutico.

**Tabela 1 – Nomenclatura mais usada na temática do cumprimento de indicações médicas.**

<b>Compliance</b>	Continuação das sugestões clínicas, sem intervenção no processo de gestão a terapia.
<b>Adherence</b>	Acordo com o regime medicamentoso em que existe negociação entre as partes; a terapia é o factor controlador e definida como a capacidade e vontade de querer seguir a um regime terapêutico prescrito (National Asthma Council, 2005)
<b>Concordance</b>	Interação dinâmica entre prestador cuidados de saúde - paciente fundamentado na percepção de igualdade, respeito e autonomia do paciente.

Para amenizar a terminologia nesta área, a European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP) desenvolveu um estudo de consensualização onde foi verificada 60% dos 40 *opinion leaders* participantes preferiram medication adherence para descrever o comportamento do cumprimento da terapêutica (Vrijens; 2012), face a patient compliance.

De diante desta predileção não foi, no entanto, verificado no estudo feito por Goodfellow et al (2013), de onde se verificou que “compliance” o termo mais utilizado (349 citações), seguido de “adherence” (181 citações) e, para finalizar, “concordance” com 5 citações.

Porem , fica a necessidade de poder amenizar a nomenclatura aplicada, compondo uma estrutura conceptual que para Vrijens (2012) se baseia:

- a) Na realização do plano terapêutico prescrito- adherence to medication- e que se inicia na primeira toma de medicação (iniciation). Engloba a medida em que o tratamento realmente realizado corresponde ao tratamento prescrito (implementation) até ao seu término (discontinuation) – independentemente das razões – compreendendo o período de tempo que medeia o princípio do regime terapêutico e a sua última dose/frequência (persistence);
- b) No método de procissão e apoio ao esquema terapêutica por parte do Sistema de saúde, profissionais, doente e suas redes sociais;
- c) No entendimento das causas/consequências, por equipas multidisciplinares, do que está primeiramente posto e as reais apresentações aos medicamentos/tratamentos.

Em Portugal o termo Adesão tem sido grandemente usado, acompanhando a terminologia utilizada nas normas de seguimento clinico de Bugalho e Carneiro,

“ *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*”

Então com a revisão de literatura e, sendo a nomenclatura mais usada nos artigos nacionais e internacionais, optou-se pela utilização da terminologia “adesão à terapêutica” espelhando a necessidade de compromisso com o regime terapêutico e a participação do doente no tratamento da sua doença crónica.

### **2.2.2 Tipos de não adesão à terapêutica**

De uma forma geral, as doenças crónicas, estão associadas a esquemas terapêuticos complexos necessários ao controlo da doença, mas muitas vezes subvalorizados e mal entendidos pelas pessoas afetadas. Interessa entretanto saber, os motivos pelos quais as pessoas não acompanham completamente o plano terapêutico sugerido.

Assim, Barber et al. (2005) num estudo piloto aplicado a doentes crónicos medicados, fazem uma alusão deste processo da não adesão terapêutica à teoria do erro humano de James Reason e consideram, à semelhança do erro humano, que a não adesão à terapêutica, é um problema no sistema e não uma culpa pessoal e individual; sendo que , a não adesão é antes de mais, um sintoma e não o diagnóstico. Neste contexto, de acordo com Garfield et al. (2012), detectar as causas da não adesão é essencial para perceber as obrigações dos doentes.

Existem principalmente dois padrões na conduta de uma pessoa que integra primeiramente um regime terapêutico e que em determinado tempo o abandona, repercutindo a não adesão

à terapêutica: propositadamente e não propositadamente. Então, estes padrões de conduta não devem ser assumidos como exclusivos (Horne, 2006 citado por Lindsay e Heaney, 2013).

A não adesão propositada caracteriza-se por uma interrupção deliberada às recomendações do tratamento (Lindsay e Heaney, 2013). Pode também ser designada de não adesão primária ou secundária, mediante tal comportamento ocorra antes ou depois do avio da prescrição inicial (Fallis *et al.*, 2013).

A não adesão é não intencional ou prevenível, quando o doente apesar de conscientemente querer fazer o tratamento, não o cumpre por razões como o esquecimento, mal entendidos referentes às orientações dadas pelos profissionais, barreiras linguísticas, incapacidade física custo da medicação, planos terapêuticos complexos e com diversos medicamentos em simultâneo, entre outros (OMS, 2003; Horne, 2006; Lindsay e Heaney, 2013; Bryan *et al.*, 2013)

### **2.2.3 Determinantes da adesão ao tratamento em pacientes com VIH e SIDA**

As iniciativas com o objetivo de melhorar a adesão à TARV devem focalizar, o reforço da autoeficácia percebida para o seguimento das prescrições médicas e o desenvolvimento de uma atitude positiva para a ingestão da medicação, as variáveis pessoais e situacionais que podem interferir na adesão das pessoas submetidas à TARV (Faustino, 2006). De acordo com Leite (2002), citado por Alves e Mazon (2012), a prevalência de adesão pode ser mais alta quando o serviço de saúde é mais organizado, o paciente percebe que tem suporte social, considera que o esquema terapêutico adapta-se à sua rotina diária, acredita que o uso incorreto da medicação leva ao desenvolvimento de resistência viral e que o uso correto melhora a sobrevida e a qualidade de vida.

Por conseguinte, Gordillo (1999), e Ammassari *et al.* (2002), citados por Rabuske (2009), observaram que, os estados fisiológicos negativos associados a efeitos adversos da medicação, têm sido identificados como fatores de risco para a não adesão, bem como o esquecimento, a distração, a interrupção da rotina, os rigorosos horários e os efeitos colaterais, o fato de estarem fora de casa ou dormindo como motivos mais referidos pelos pacientes para o não uso da medicação, a falta de suporte familiar, a complexidade da prescrição e menor auto-eficácia do paciente. Diversos estudos sugerem que a adesão tende a ser menor na vigência de estados emocionais negativos como estados depressivos, stress emocional, uso excessivo de álcool e uso de drogas, de acordo com Chesney (2000),

citado por Alves e Mazon (2012). Godin, *et al* (2005), conduziram um estudo longitudinal com o objetivo de identificar os determinantes da adesão à TARV. Os participantes foram avaliados pelo período de doze meses durante as consultas de rotina, com aplicação de questionários na linha de base e depois de três, seis, nove e doze meses. Como resultados do estudo houve uma relação positiva entre adesão satisfatória e atitude favorável para ingestão da medicação, altos níveis de satisfação com a equipa médica, bom suporte social percebido, se mostrar otimista, ausência de efeitos colaterais e não morar sozinho (Faustino, 2006). A dificuldade de estabelecer consenso sobre as variáveis que influenciam a adesão deve-se a complexidade do tema e as diferenças metodológicas das pesquisas. Sabe-se que o tratamento do VIH e SIDA, deve ser iniciado antes mesmo do desenvolvimento da síndrome, pelo que, a ampliação do tratamento do VIH, constitui um dos componentes de uma resposta global ao VIH e SIDA essencial para pôr fim à epidemia. Vasconcellos, *et al.* (2003), preferem o termo tratamento ao de adesão já que para estes, aderir ao tratamento não significa apenas cumprir a prescrição. O paciente pode aderir ao tratamento e não tomar os comprimidos por diversas razões, sendo mais importante o resultado final. Os mesmos autores alertam para a continuidade da observação diárias dos tratamentos pois por inúmeras razões, tanto de ordem prática quanto de ordem psicológica o paciente pode ter seu comportamento desestabilizado interferindo no processo terapêutico. O tratamento eficaz contra o VIH, não implica apenas o uso de medicamentos, mas envolve em acréscimo, o acesso a serviços adicionais que promovam a saúde, garantam a retenção do paciente ao longo do tratamento e consigam a supressão duradoura da carga viral (ONUSIDA, 2013b). A adesão a TARV um problema em ambientes com recursos limitados incertos. A TARV quando iniciada é para a toda a vida do doente e a eficaz adesão é necessária para manter a funcionalidade do sistema imunológico do indivíduo e para retardar o aparecimento de estirpes resistentes. Neste sentido, em termos de saúde individual e pública, os programas de tratamento para o VIH e SIDA, devem medir e monitorizar os níveis de adesão e procurar identificar os pacientes em TARV com dificuldades em aderir ao tratamento o mais cedo possível (Beith e Johnson, 2006).

Nesta conformidade e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Caracciolo e Shimma (2007), definem a adesão, como um momento, em que o comportamento de uma pessoa corresponde as recomendações acordadas com o profissional da saúde: ao tomar medicamentos, a seguir uma dieta e/ou a executar mudanças no seu estilo de vida. Na língua inglesa, os termos utilizados são compliance e

adherence, os quais têm significados diferentes, uma vez que compliance significa obediência, sendo o paciente visto como um ser passivo, já a adesão se tornou mais ampla do que, simplesmente o grau de obediência que a pessoa demonstra ao seguir um determinado (Kourrouski, 2008). O conceito sobre a adesão tem implícito que deve haver colaboração e boa interação entre o paciente e o profissional que o assiste (Caraciolo e Shimma, 2007), e Margalho *et al* (2011) acrescenta ainda que a adesão depende de um comportamento de cumprimento do tratamento que vai além da toma dos medicamentos e envolve processos complexos de tomada de decisão, motivação, relação terapêutica e manutenção do comportamento. No contexto da infecção por VIH, a adesão é essencial para que o tratamento seja eficaz, ainda que seja marcado por uma considerável complexidade. Os estudos de Margalho *et al.* (2011) e de Santos (2011), associam de forma positiva a qualidade de vida no espectro da infecção e a adesão ao tratamento do VIH. Beith e Johnson (2006) referem que, o fracasso na adesão aos protocolos de tratamento apropriados resulta na falha do tratamento individual (incapacidade para manter baixa a carga de ácido ribonucleico (ARN) viral e incapacidade para aumentar níveis de CD4+ e subsequente, a deterioração do sistema imunitário), ou seja, a não-adesão, que pode igualmente conduzir ao desenvolvimento de estirpes resistentes do vírus. Num trabalho de revisão sobre o desenvolvimento de fármacos anti-retrovirais Oliveira, *et al* (2009), afirmam que diversas etapas do ciclo de vida do VIH podem ser utilizadas como potenciais alvos para os fármacos anti-retrovirais, reforçando a necessidade de desenvolvimento de novas classes de fármacos anti-retrovirais de baixa toxicidade (André, 2005; Oliveira *et al.*, 2009). Por sua vez, Carvalho *et al.* (2010), citados por Arantes e Vila (2012), comprovaram que, o deficit de conhecimento relacionado ao processo saúde e doença e sobre a terapêutica recomendada também é um aspeto negativo para a não adesão. Outro estudo realizado por Jesus *et al* (2008), citados por Arantes e Vila (2012), comprovou que o acolhimento, a interação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os clientes, a conscientização do paciente sobre a importância e a necessidade de comparecer regularmente ao serviço de saúde, ao apoio social principalmente entre os membros da família foram os aspectos discutidos como os que contribuem para efetiva adesão terapêutica. Deste modo, a adesão pode facilmente variar não apenas de uma pessoa para outra, mas numa mesma pessoa ao longo do tempo, dependendo das modificações no seu contexto de vida. Destaca-se que à aceitação, à motivação e à perseverança de cada um, que influenciam o seu processo da adesão. De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil (2007), o desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão requer investigação e entendimento

dos fatores que influenciam a sua construção. Reconhecer as dificuldades possibilita a elaboração de uma intervenção diferenciada. Os estudos realizados por Arantes e Vila (2012), demonstraram que os profissionais precisam promover estratégias de educação em saúde, ou seja, psicoeducação, para conscientizar a pessoa sobre a importância da adesão terapêutica face às condições crônicas. Os autores mencionaram de modo geral que, as medidas relacionadas a mudanças nos hábitos de vida saudáveis, das intervenções e da monitoria são os métodos mais eficazes e menos onerosos para melhorar a adesão terapêutica, tanto a farmacológica como a não farmacológica. Deduz-se que os adolescentes, normalmente apresentam longa exposição à TARV, acabando em eventos contrários acumulados, em resistência virológica e em antelação terapêuticas reduzidas, que normalmente precisam de acesso a novas classes de anti-retrovirais e esquemas mais complicados. Neste sentido entenda-se que para atingir o sucesso, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações trabalha ele próprio para o seu envolvimento no seu tratamento e bem-estar, na visão de Caraciolo e Shimma (2007). Embora a terapêutica anti-retroviral esteja em constante evolução, a adesão ao tratamento tem sido um problema recorrente. O comportamento relacionado ao tratamento anti-retroviral é sustentado por conceitos, conhecimentos e explicações originados na vida cotidiana das pessoas que vivem com VIH Torres e Camargo, (2008). O uso correto dos medicamentos deve ser garantido desde o princípio do tratamento, existindo neste caso, uma tendência para sua oscilação e diminuição ao longo do tempo (Caraciolo e Shimma, 2007). Torna-se por isso, pertinente, que seja definido o melhor momento para o início do tratamento, como uma das decisões mais importantes no acompanhamento clínico, considerando os riscos associados à infecção não tratada face aos riscos da exposição prolongada aos medicamentos (Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, 2013). Conforme o Departamento de DST, SIDA e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde do Brasil (2013), apesar do impacto clínico favorável, o início mais precoce da TARV vem sendo mostrado como instrumento relevante na redução da transmissão do VIH. Porém, avisa-se, que se deve considerar a importância da adesão e o risco de efeitos desconformes a um prazo ilimitado. Numa perspectiva distinta, um estudo realizado por Torres e Camargo (2008), constatou que o comportamento relacionado ao tratamento antiretroviral é sustentado por conceitos, conhecimentos e explicações originados na vida cotidiana das pessoas que vivem com VIH. Os autores defendem que, esses conhecimentos e representações sociais, são compartilhados, oferecendo ao indivíduo a

possibilidade de dar sentido ao seu comportamento. Para Zampieri (1996), citado por Fernandes e Britto (2007), a infecção pelo VIH e SIDA, foram criadas necessidades de assistência médica, psicológica e suporte social. A assistência médica compreende os serviços de aconselhamento, de diagnóstico, de profilaxia e de tratamento, além de abordagens nutricionais e uso de uma gama cada vez maior de drogas. Os aspetos preventivos e curativos estão sempre presentes na vida do indivíduo e fazem parte do processo de fortalecimento do sujeito para lidar melhor com os desafios apresentados pela enfermidade (Brambatti, 2007). Segundo a Onusida (2013b), uma recente revisão da evidência do sucesso das intervenções de prevenção demonstrou que, entre as ferramentas biomédicas de prevenção avaliadas até o momento, a terapia anti-retroviral eficaz oferece maior efeito preventivo. Devido ao duplo benefício de salvar a vida das pessoas que vivem com o VIH e de restringir de modo global a propagação do vírus, a terapêutica anti-retroviral é um dos pilares para uma resposta eficaz e, por conseguinte de melhoria da qualidade de vida destas populações. O uso da TARV tem diminuído significativamente a morbidade e a mortalidade das pessoas infectadas. Entre as dificuldades da adesão à TARV, destacam-se as inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das pessoas vivendo com o VIH, aos contextos socioeconómicos desfavoráveis, ao limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançarem e manterem níveis adequados de adesão (Bonolo, 2005). Friedland e Williams (1999) citados por Bonolo (2005), argumentam que, as diferenças fisiológicas entre os pacientes podem alterar os níveis plasmáticos dos anti-retrovirais, resultando na variação da eficácia dos diferentes esquemas terapêuticos. Todavia, Margalho *et al* (2011), confirmam a opinião de que, enquanto padrão comportamental, a adesão torna-se numa ferramenta essencial para contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, dado que os ganhos deste mesmo comportamento permitem ao doente manter o seu funcionamento no dia-a-dia. Este funcionamento traduz-se por um bem-estar emocional, bem como uma sensação de autonomia e de realização pessoal. Muitos estudos mostram que o uso de anti-retrovirais apresentam uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do VIH. Uma metanálise de 11 estudos de coorte que incluíram 5.021 casais heterossexuais serodiscordantes, citada pela Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST (2013), narrou 461 episódios de transmissão e nenhum episódio quando o parceiro infectado estava sob tratamento e com carga viral plasmática abaixo de 400 cópias/ml. Mais tarde, foram publicados os resultados de um estudo prospetivo em uma coorte africana envolvendo 3.381 casais heterossexuais serodiscordantes, em que 349

indivíduos iniciaram tratamento durante o período de acompanhamento. Apenas um caso de transmissão ocorreu nas parcerias dos participantes que estavam em tratamento e, 102 quando a pessoa infectada pelo VIH não estava em tratamento, o que interpretou uma redução de 92% no risco de transmissão. Estes dados foram citados no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com VIH e SIDA, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST (2013) .

#### **2.2.4 Adesão à terapêutica antiretroviral – VIH/SIDA**

O grau de insistência do tratamento, ocasionando o seguimento escrupuloso da indicação médica, pelo doente, no seu domicílio, sem vigilância, nem supervisão, é fundamental para se atingirem os resultados desejados.

Um caso modelo é o da VIH- SIDA. A hipótese mais aceita para o surgimento do VIH é de que este se originou a partir do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV) um vírus identificado em macacos na África. Os primeiros casos descritos de Sida foram identificados em 1981, nos Estados Unidos. O VIH foi isolado pela primeira vez em 1983, na França. Em Angola, os primeiros casos foram identificados em 1985. ( INLS). O vírus da imunodeficiência humana é um retrovírus que debilita as defesas imunitárias do corpo derribando os linfócitos CD4 (Células- T). Estes linfócitos CD4 formam um grupo de células brancas do sangue que frequentemente auxiliam o organismo a defender-se contra os ataques das bactérias, vírus e outros germes atravessadamente da coordenação do sistema imunológico. Á medida que o VIH destrói os linfócitos CD4, o corpo torna-se propenso a vários tipos de infecções oportunistas, ou melhor, infecções que têm a ocasião favorável de invadir o corpo porque as defesas imunitárias estão vulneráveis. Na perspectiva médico a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana se junta o risco de sentenciados cancros, de doenças neurológicas, debilitação do corpo e conseqüente morte. A ameaça de sintomas de doenças que podem acontecer na eventualidade da infecção pelo Vírus da imunodeficiência humana e que arruína de modo significativo as defesas imunitárias, é nomeado por SIDA.

O crescimento do Vírus da Imunodeficiência Humana para a Síndrome da Imunodeficiência adquirida vai se alternando no tempo, posto que, é praticável diferenciar as seguintes fases do crescimento da doença inicial de seroconversão viral após uma fase assintomática, o crescer dos gânglios, com a abertura de infecções oportunista e em conclusão o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

De ponto de vista do Alvarez a doença não continua obrigatoriamente este seguimento, assim é nos dias de hoje com os novos esquemas terapêuticos a infecção pode existir durante muitos anos sem se manifestar, parecendo-se a um estado de doença crônica. Sendo que o Vírus da Imunodeficiência Humana pode estar encoberto por um período de 8 a 11 anos, entretanto o qual as pessoas infectadas podem estar totalmente assintomáticas, mas aptos de transmitir o vírus a outras pessoas este autor acrescenta ainda, que quando o vírus é ativado provoca uma diminuição da imunidade celular e progressiva imunossupressão.

Integram das características clínicas da doença VIH o aumento dos gânglios linfáticos, febres periódicas, incluindo suores noturnos, perda de peso, fadiga constante, diarreia, redução do apetite e aftas na boca. O Vírus da Imunodeficiência Humana pode também contagiar o sistema nervoso central, causando lesões cerebrais e medulares.

Ainda não foi encontrada uma cura, ou melhor, um modo competente de eliminar completamente o VIH do corpo humano. As terapêuticas existentes, compostos, geralmente, por mais do que um medicamento, encurtam a carga vírica e tardam os danos que o vírus pode provocar no sistema imunológico. Com o consumo das terapêuticas existentes, o numero de vírus no sangue começa a diminuir ao fim de alguns dias. Na maior parte das pessoas que tem abertura á terapêutica, e que a cumpre verdadeiramente de acordo com a indicação dos seus profissionais, 99 por cento do vírus presente no sangue é abolido ao fim de quatro semanas e, ao fim de quatro a seis meses, a maior parte passará a ter «Vírus da Imunodeficiência Humana não detectável» no sangue. Nesta altura o vírus continua no organismo e preserva-se o risco de transmissão da infecção para outros organismos humanos.

A terapêutica anti-retrovíricos podem ser dados em qualquer etapa da infecção: na etapa aguda, na fase sem sintomas, no período sintomático ainda sem critérios de SIDA ou na etapa de SIDA. O essencial alvo do tratamento é reduzir a quantidade de vírus (reduzir a carga vírica) até uma maneira de ele se tornar quase indetectável (20 a 50 por mililitro de sangue). Entretanto quando isto acontece e a quantidade de vírus no sangue é baixa, pressupõe dizer que o vírus se está a reproduzir de forma diminutiva, que sofre menos mutações (ficando menos vigorosa a terapêutica) e que a doença não está a desenvolver.

Há três tipos (classes) de medicamentos usados na terapia da infecção com Vírus da Imunodeficiência Humana, que agem de formas diversas e em diversas etapas do ciclo de apresentação do vírus. As terapêuticas são, normalmente, usados em conjunto para a

aquisição de efeitos mais competentes e alongados, em esquemas de terapias designadas por **Terapêutica Anti-Retrovímica de Elevada Potência**.

Os objetivos do tratamento Anti-Retrovímica são de baixar a carga vírica e conservar e favorecer a função do sistema imunológico, tardar o desenvolvimento da doença e preservar a história natural desta infecção. De maneira que, acautelam-se os episódios de manifestações oportunistas associadas ao Vírus de Imunodeficiência Humana, favorece-se a qualidade de vida e o doente tem mais duração de vida. Para que estes objetivos sejam ascendidos é necessário que a terapia seja feita de forma eficaz e de acordo com as indicações do profissional de saúde. Se o doente não cumprir vigorosamente a medicação, a quantidade de medicamento que ocorre no sangue é deficiente para inibir o crescimento do vírus e reduzir a carga vírica. Entretanto faz com que o vírus vai destruindo as células CD4 e que contrai resistência a ação medicamentosa que o doente está a tomar de forma incorreta. Portanto, quando tal acontece, há uma grande possibilidade de que se verifique resistência a outros medicamentos que o doente não está a tomar e que esta atribuída às mesmas classes daqueles que está a tomar – é denominada **Resistência Cruzada**.

Os **inibidores da transcriptase reversa** competem que o vírus consiga alterar o seu código genético de ARN em ADN, operação indispensável para se aumentarem dentro das células.

Os **inibidores da protease** têm como atividade obstruir um dos componentes do Vírus da Imunodeficiência Humana, a protease, obtendo, desta maneira, que as novas cópias do vírus não infectem novas células.

Quer seja os inibidores da transcriptase reversa, quer seja os inibidores da protease, agem dentro da célula CD4.

Para aumentar, o vírus precisa fundir-se com um linfócito T, e é exatamente essa acção que os **inibidores de fusão** dificultam. Com este tipo de terapia, o Vírus da Imunodeficiência Humana não alcança concluir o seu ciclo de reprodução, porque não chega a infectar os linfócitos T e a criar novas cópias do vírus. Os inibidores da fusão agem fora da célula hospedeira (linfócito CD4) numa etapa mais anterior no ciclo de imitação perfeita do vírus do que os inibidores da protease e da transcriptase reversa.

Geralmente sugere-se o início do tratamento quando a análise às células CD4 apresenta valores inferiores a 250 unidades por mililitro de sangue (250/ml). Também pode ser sugerido a pessoas com valores superiores a 250/ml, mas que apresentem uma carga vírica superior a 100 mil unidades por mililitro de sangue.

Subsistem outras situações e argumentos para iniciar ou não iniciar o tratamento. Entretanto se as células CD4 forem inferiores a 50/ml, a terapêutica deve ser começada imediatamente, porque o sistema imunológico está muito afetado e o organismo bastante frágil. Mas depende também da pessoa estar ou não em posição de iniciar um tratamento médico complicado que, normalmente, abrange a toma de muitos comprimidos por dia, que podem ter várias repercussões secundárias, e que poderá ser tomado durante vários anos ou décadas. Mas o preço se paga, por não entrar neste estatuto, é comovedor.

As pessoas que tenham uma avaliação de CD4 grande e carga viral baixa podem ser dirigidas a atrasar o início da terapêutica. A patologia pode levar mais de dez anos desde a contaminação até ao aparecimento dos iniciais sintomas indício de imunodepressão. Existe quem apura esperar por razões diversas: por não querer tornar-se cativo a terapêutica, e preferencialmente ficar à espera de terapias mais fáceis, ou por preocupação que se esgotem as chances em termos de terapia, já que, geralmente, cada medicamento só pode ser utilizado uma só vez.

A terapêutica não deve ser protelada se as células CD4 são inferiores a 200/ml e, especificamente, se forem inferiores a 50/ml.

A terapêutica que minimiza a carga viral pode também diminuir o risco de transmissão, ainda que este fenómeno não esteja evidente. Independentemente dos medicamentos apresentarem, em geral, bons acontecimentos, mostram-se casos em que a carga viral não minimiza tanto quanto é tencionado e indispensável. Isso pode se dar devido à resistência do vírus aos fármacos, por o organismo humano não reter bem os medicamentos, porque outros fármacos que o doente esteja a tomar podem entrar em contenda com os anti-retrovíricos ou porque o seropositivo não acompanham o tratamento na sua integra.

O chamado «cocktail», conjunto dos vários remédios prescritos, deve ser tomado todos os dias e às horas planeadas. Não se deve parar de fazer a toma de determinado medicamento e continuar com os seguintes, porque um dos fármacos, se tomado sozinho, pode afetar o organismo humano e levar ao surgimento rápido de resistências do vírus aos anti-retrovíricos.

Os doentes com essa patologia têm também de se inquietar com outras infecções que possam aparecer e com as consequências secundárias provocadas pelos fármacos anti-retrovíricos e tratá-los acompanhando as instruções do profissional de saúde.

A medicação com anti-retrovíricos podem ocasionar várias consequências secundárias, como náuseas, cansaço, vômitos, diarreia e dor de estômago, de cabeça e muscular. Algumas terapias, em específico os que utilizam elementos inibidores da protease podem

originar lipodistrofia (distribuição anormal da gordura no organismo), aumento dos níveis de lípidos (gorduras) no sangue e diabetes. Porém, o surgimento destas consequências secundárias não é permanente em todos os doentes seguidos com anti-retrovíricos. Vários destas consequências secundárias são passageiros e evoluem com a continuação da terapia. Pequenos números aparecem mais normalmente com o tratamento de duração longa, como é o caso da lipodistrofia, diabetes e incremento dos níveis de lípidos (colesterol e triglicerídeos) no sangue.

As várias consequências secundárias devem ser comunicadas ao Profissional de saúde para que este os possa tratar. Em alguns casos pode ser imprescindível mudar os medicamentos anti-retrovíricos.

Todavia, torna-se necessário a monitorização da resposta ao tratamento, a fim de obter o grau de resposta por percurso longitudinal, classificando-a em resposta “ótima”; “warning” ou “falência” em muitos timings de avaliação, de acordo com critérios internacionais. Estas guidelines foram desenvolvidas e têm vindo a ser atualizadas de acordo com informação de variados ensaios clínicos que têm confirmado a relação entre a falência destes objectivos e a progressão da doença e morte do doente por este motivo.

Nos resultados apresentados, a falha na adesão constitui o fator mais importante que contribui para a falência da terapêutica, sublinhando a necessidade de reconhecer este facto como um problema, desenvolvendo ações no sentido de melhorar a adesão dos doentes com HIV/SIDA à terapêutica com antiretrovirais.

### **2.3 Impacto do suporte social na adesão à terapêutica antiretroviral**

A influência exercida pelo estatuto sócio-económico não é consensual, considerando-se, no entanto que existe alguma correlação com a adesão. Neste grupo destacam-se a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e medicamentos, a distância ao local de tratamento e ainda os conflitos e as desigualdades sociais. As variáveis sócio-demográficas como a idade, estado civil, grau de escolaridade e condições de saúde têm consequências variáveis na adesão, (WHO, 2003; Dias *et al.*, 2011).

A existência de um suporte social quer de família, amigos e estruturas de saúde, exerce uma influência muito positiva na adesão, sendo extremamente importante perceber e identificar os recursos sociais da pessoa. A ausência e/ou a falta de envolvimento de familiares ou de pessoas significativas implica a ausência ou deficiência de um meio adequado. De um modo geral tem-se constatado que um menor apoio social e um maior

isolamento social conduzem a uma menor capacidade de adesão (WHO, 2003; Dias *et al.*, 2011; Ferreira, 2011).

A instabilidade habitacional pode colocar algumas dificuldades à adesão terapêutica, nomeadamente em relação à correta administração e armazenamento da medicação.

A situação profissional e os meios económicos, se forem escassos, também podem influenciar a adesão à terapêutica em geral e, em particular, à TARV. Apesar de em Angola a TARV ser gratuita, existem outros gastos importantes a ter em conta como o preço das deslocações e outros bens essenciais. As pessoas com dificuldades económicas estabelecem diferentes prioridades em relação à gestão do seu orçamento, assegurando a alimentação e outros cuidados a dependentes, como crianças e idosos. Deste modo, a medicação fica remetida para um segundo momento (Ferreira, 2011).

Os aspetos demográficos, embora não sejam muito conclusivos, permitem verificar uma associação entre a idade e a adesão à terapêutica. Tem-se concluído que os idosos podem ter associados uma menor taxa de adesão devido a problemas tão simples como a incapacidade de ler os rótulos e pelo desenvolvimento de patologias mentais. No entanto, é de referir que a baixa adesão à terapêutica, associada à idade, pode estar relacionada não apenas ao indivíduo, mas à falta de apoio (Páscoa, 2010). Alguns estilos de vida, nomeadamente a toxicoddependência, são tidos pelos profissionais de saúde, como determinantes da não adesão, havendo a construção de barreiras que dificultam o acesso a este grupo de doentes (Lucas, 2001, citado. por André, 2005).

As características dos tratamentos são também desencadeantes da não adesão e têm sido discutidos desde a introdução da HAART (André, 2005). A duração e complexidade dos esquemas terapêuticos instituídos podem influenciar de forma negativa a adesão à terapêutica, uma vez que quanto mais longo e complexo for o tratamento, maior será a probabilidade dos indivíduos o abandonarem. Assim, torna-se extremamente importante o desenvolvimento de esquemas terapêuticos simples, permitindo uma maior facilidade na adesão, uma vez que só são requeridas pequenas mudanças nos hábitos de vida (Reis, 2007).

#### **2.4 Medição da não adesão à terapêutica**

Entender a adversidade da não adesão é algo difícil. Mas, medi-lo é realmente um trabalho que se tem revelado incontornável, na medida em que este episódio sendo multifatorial tem igualmente uma componente individual comportamental muito importante (Brown e Bussel, 2011).

A complexidade que esta avaliação envolve, tem sido impeditiva de se encontrar um método universal e consensual que traduza em números esta necessidade (Vermeire *et al.*, 2001).

Porém, e com base em ensaios clínicos, um doente é considerado aceitavelmente aderente a um plano de tratamento, se apresentar taxas de adesão superiores a 80 por cento. Esta percentagem é definida pelo número de medicamentos em falta num determinado período de tempo, dividido pelo número de medicamentos prescritos, no mesmo período de tempo (Osterberg e Blaschke, 2005). Esta medida pode ser notoriamente facultativa, uma vez que a contagem que está na sustentação deste percentual admite que o número de Remédios que estão em falta foram verdadeiramente tomados pelo paciente, o que na verdade pode não ter ocorrido. Independentemente deste acontecimento, na maior parte dos estudos escolhidos na revisão de literatura realizada por van Boven *et al.* (2014) declaram a taxa de 80 %, incorporam a proporção de dias seguros de toma do medicamento para definir e categorizar as atitudes aderentes e não aderentes (van Boven *et al.*, 2014). Não obstante, e de forma colectiva os métodos para avaliar a adesão à terapêutica dividem-se em métodos diretos e indiretos.

#### **2.4.1 Métodos Diretos**

Os métodos diretos são os mais objetivos e têm como finalidade a certificar da toma do medicamento. Contudo sejam julgados os mais necessários na avaliação do cumprimento da medicação, não são inevitáveis. Qualificam-se por terem um uso limitado, serem agressivos, onerosos e de acordo com alguns autores, serem de realização exclusiva a doentes internados (Fenerty *et al.*, 2012; Osterberg e Blaschke, 2005). Os métodos diretos incorporam: - a observação direta dos doentes – este método tem a desigualdade de ser pouco prático no quotidiano, para além do doente poder esconder a toma do medicamento à frente do profissional de saúde livrando-se mas tarde; - categorizando os níveis séricos de determinado medicamento, fármaco ou agente no sangue ou urina, que através de análises ao doente permite determinar a sua concentração no organismo humano. Porém, nem todos os fármacos têm livres métodos de avaliação sérica, e podem existir interações nos tratamentos que alterem os níveis de decretado agente em estudo (por exemplo, nicotina e teofilina). - métodos bioquímicos como a análise sanguínea para detecção de um marcador biológico (Osterberg, Blaschke, 2005).

### 2.4.2. Métodos Indiretos

Os métodos indiretos são os mais normalmente usados nos estudos sobre adesão à terapêutica. Diferenciam-se por serem fáceis, com alto aspecto, serem de fácil utilização, mas querem a cooperação do paciente, e não confirmam a toma verdadeiramente dita (Dias et al., 2011; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011).

Os métodos indiretos mais usados são: - a monitorização eletrónica - regista a hora e data de quando o dispositivo medicamentoso é aberto e fechado, através de um microprocessador cuja informação recolhida é posteriormente analisada (Martins *et al.*, 2006). É desvantajoso este método porque o doente pode abrir o reservatório e não tomar a medicação, tomar a cifra errónea ou tirar muitas doses para fora do reservatório, ao mesmo tempo; Ademais de que o paciente sabe que está a ser estudado, e assim poder esconder um grau de adesão que não corresponde à verdade (Jimmy e José, 2011; Lindsay e Heaney, 2013). Uma vez que este foi, por exemplo, o método usado num estudo sobre a melhoria da adesão perante o regime de doses de medicamentos estabelecido em patologias crónicas, e que assentou em três indicadores: a “adesão de toma” (taking compliance) - o cifra de tomas do fármaco dividida pela cifra escrita de porção, a “adesão na dose” (dosing compliance) - a percentagem de dias com o cifra própria de porção tomadas e a “adesão na posologia” (timing compliance) - a percentagem de porção alcançadas em intervalos diversos ao longo do estudo (Coleman *et al.*, 2012);

- auto-relato e entrevistas – (geralmente não espelham a veracidade da adesão à terapia porque o doente sente-se tímido perante o profissional de saúde em consentir casualmente o seu descumprimento e os efeitos são acessíveis distorcidos pelos pacientes sobrestimando a adesão); - questionários aos doentes;

- certificação de comprimidos - (limitado à medicação oral, e apenas avalia se a suposta cifra de comprimidos foi tirada, não indicando a ingestão, porção ou sua frequência); - contagem das porções receitadas, através da pesagem dos utensílios - não é completamente confiável porque a ativação do utensílio pode ser feita, por exemplo, antes da consulta não reduzir a efetiva adesão a esta terapêutica, para além de que o paciente poderá ter os remédios em sua posse mas não os fazer verdadeiramente, poderá não guardar os reservatório; é incapaz de mencionar as porções “perdidas” propositadamente ou não propositadamente;

- levantamento dos remédios na farmácia - Dá apenas modelos do aprovisionamento de remédios, não avaliando a ingestão ou o modelo de uso; - registo das prescrições emitidas, que traduz a percentagem da quantidade de medicamentos que deveriam ter sido

administradas num determinado período de tempo, e que reflete o padrão do comportamento do doente a longo prazo mas não fornece informações de eventuais mudanças que possam ocorrer a curto prazo (Lindsay e Heaney, 2013; Fenerty *et al.*, 2012; Garfield *et al.*, 2012; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011; Osterberg e Blaschke, 2005).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Objectivos**

Objectivo geral:

- Avaliar a adesão à terapêutica de retrovirais no Hospital Esperança em Luanda.

Objectivos específicos:

- Caracterizar os motivos da não adesão a terapêutica no Hospital Esperança em Luanda
- Identificar as estratégias para evitar a não adesão a terapêutica no Hospital Esperança em Luanda.
- caracterizar a relação entre o médico e paciente do VIH/SIDA no Hospital Esperança

#### **3.2 Universo e amostra**

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) atualizados em Junho de 2014, Angola tem uma população de 24.383.301 pessoas, o número de pacientes no Hospital Esperança registados até ao momento é de 26 mil pacientes. Os pacientes activos são cerca de 11 mil. Por dia os profissionais do Hospital atendem cerca de 200 pessoas, incluindo aqueles que vão também ao laboratório e farmácia. Cerca de 17 hospitais públicos, entre hospitais centrais e hospitais municipais, têm a capacidade de tratar estes doentes. No hospital em causa, a casuística de doentes certificados com VIH é de 26 mil pacientes, entre os diagnósticos nas várias fases da doença, sob tratamento com antiretroviral, em seguimento na instituição ou, já falecidos.

A população alvo do estudo são todos os pacientes do Hospital Esperança. A amostra total é de 250 pacientes, 68% mulheres e 32% homens, diagnosticados com infecção VIH e SIDA, com prescrição anti-retroviral desde 2004, em acompanhamento no Hospital Esperança em Luanda – Angola.

#### **3.3 Método e instrumentos de recolha de dados**

Posteriormente à revisão da literatura, optou-se por usar um método indireto para medir a adesão à terapêutica numa população de pacientes com VIH/SIDA. Foi feito um questionário, utilizado na literatura revista, especialmente, no questionário MMAS, agregado a fatores demográficos e socioeconómicos as perguntas específicas sobre comportamentos de adesão terapêutica. Este método foi selecionado, dado assentir uma boa caracterização da amostra, sendo factível para a recolha que informação significativa

que não se consegue alcançar por outros métodos. Com intenção de restringir ocorrências de respostas disponibilizadas pelos pacientes, por sua vez estes foram consultados em duas vezes. No primeiro contato, definido pela investigadora, funcionária no serviço em causa, foi esclarecido a finalidade do questionário, com o auxílio o anonimato e a imposição de resposta exigente e verdadeira às perguntas postas. Foi ainda acertado com o paciente o horário mais viável para o novo contacto para responder ao questionário. Uma segunda pessoa, pertencente ao serviço, proporcionou o contacto posterior, compilou as respostas do questionário.

Este questionário observa 17 questões divididas em 6 categorias:

- 1 - Caraterização sócio - demográfica
- 2- Caraterização da condição de saúde
- 3- Quantificação da adesão à terapêutica
- 4- Caraterização dos fatores da não-adesão à terapêutica
- 5- Estratégias para evitar a não-adesão adoptadas
- 6- Caraterização da relação com o medico assistente

Posteriormente autorização da Direcção do Instituto Nacional do Luta Contra o Sida, da Comissão de Ética e da Direcção do Hospital em referência, foram postos os questionários aos pacientes consultados após consentimento informado.

### **3.3.1 Caraterização sócio-demográfica**

As 4 primeiras perguntas admitem a caracterização sócio - demográfica do entrevistado, principalmente idade, sexo, escolaridade e situação profissional.

### **3.3.2 Caraterização da condição de saúde, no que respeita ao VIH**

Foram dispostas perguntas que tencionavam avaliar o conhecimento do paciente face ao regime de tratamento prescrito e o ponto de vista do paciente, do seu estado de saúde e das disposições da patologia na sua vida.

### **3.3.3 Quantificação da adesão à terapêutica**

O paciente é, claramente, perguntado, no que concerne ao seguimento das instruções de toma da terapêutica.

### **3.3.4 Motivos da não adesão à terapêutica**

É dado um grande espaço no questionário à comparação, mais retratada quanto possível, dos motivos possíveis de falha na adesão, voluntária ou involuntária, segundo com o descrito na literatura.

Desta maneira, é pedido ao paciente que classifique, de “nunca aconteceu” a “aconteceu muitas vezes”, várias situações que se sabe poder condicionar a adesão ao tratamento.

No que respeita a falta de adesão involuntária, é comparada a quantidade de vezes que o paciente se esquece de tomar ou aviar a medicação e a dificuldade com o horário da toma do tratamento e acidental falta de ajuste ao quotidiano do paciente, factos que poderão estar bem presentes ao esquecimento. Quanto aos fatores relativos ao paciente, são assediados questões vinculadas com a capacidade cognitiva, especialmente perceber o que tomar e como tomar, a capacidade sócio - económica, nomeadamente a presença de alguém que ajude na toma da terapêutica, caso necessário. São, também, acumulados crenças relativas com a toma da medicação, especificamente a dúvida na eficácia ou benefícios a curto prazo, sensação de cansaço devida à necessidade de toma contínua, não gostar de pensar que está doente ou, eventuais situações de imposição em fazer a toma do tratamento em público, caso imprescindível. Respeitante aos fatores relativos com a patologia, mais especialmente a medicação em si, são precisos os efeitos secundários da toma e o facto de, provavelmente, se poder sentir pior quando toma a terapêutica.

Este inquérito das repercussões adversos sentidos pelos pacientes tem vindo a preocupar os especialistas que se empregam a medicação desta doença. Mesmo que, na maior parte, estes apresentem, de forma célere e prudente, sintomas não derivados da doença, mas sim, secundárias à própria medicação, como: náuseas, diarreia, edemas, poderão estar correlacionadas com a não adesão voluntária ao tratamento e poderão prejudicar a qualidade de vida destes pacientes que preservam este tratamento continuamente. Assim, aos pacientes que mencionam preocupação com efeitos secundários, foi pedida a pormenorização destas consequências.

Relativamente às questões económicas que poderão depor fatores significativos de falha no cumprimento de tratamento em várias áreas, na situação da patologia, esta questão põem-se com alguns horizontes particulares. Nestes pacientes, o tratamento é disponibilizado gratuitamente pelo sistema nacional de saúde, através da farmácia hospitalar. Salvo situações pontuais, o tratamento é fornecida para o período de um mês de tratamento, sendo que, o paciente, ou um representante seu, têm de se deslocar à instituição para pegar

a terapêutica necessária para esse período. Posteriormente diagnóstico e, nos primeiros 3 meses de terapêutica, estes paciente são avaliados com alguma regularidade.

É elaborada uma primeira consulta, a partir de menção do médico, médico de outra especialidade, serviço de urgência ou, outro hospital, onde é recolhida a história clínica e pedidos exames pertinente. Caso seja necessário iniciar-se-á o tratamento. Numa segunda consulta, caso se verifique o CD4 abaixo das 350 células é feito o pedido à comissão de farmácia para autorização da terapêutica específico de primeira linha e o paciente deverá recorrer ao hospital, assim que este pedido for admitido, para início de tratamento recomendada.

Depois de duas semanas de início do tratamento, o paciente fará a primeira revisão clínica e analítica, em consulta hospitalar que se repete, com regularidade mensal, nos primeiros 3 meses e, caso não se verifiquem efeitos secundários ou outras ocorrências, o paciente passará a ser visto, trimestralmente.

Por conseguinte, apesar de não haver custos associados, para o paciente, relativamente ao tratamento caso seja preciso, foi apreciada a dificuldade que os pacientes têm, na deslocação. Sublinha-se que a instituição em causa é de referência para Luanda, recebendo, ainda, alguns doentes da região sul e do norte do país.

### **3.3.5 Estratégias para evitar a não adesão à terapêutica**

Foram questionadas o uso de diversos métodos que restringem o descumprimento do tratamento, quer seja em situações do dia-a-dia ou, quando têm impedimento em seguir as indicações dos profissionais de saúde, respeitante à toma da terapêutica.

### **3.3.6 Caraterização da relação com o médico assistente**

A relação especificada com o médico assiste é, do mesmo modo, ajustado com particular cuidado. Desta forma, os pacientes são perguntados em relação às indicações fornecidas pelo médico quando iniciou tratamento ou fez alterações nesta.

É, ainda, interpelada o ponto de vista do paciente no tocante à posição do médico no espaço de consulta, especialmente o tempo para conversar, a resposta às questões postas, o tratamento atencioso e dedicado, o uso de uma linguagem clara e a competência de confiança.

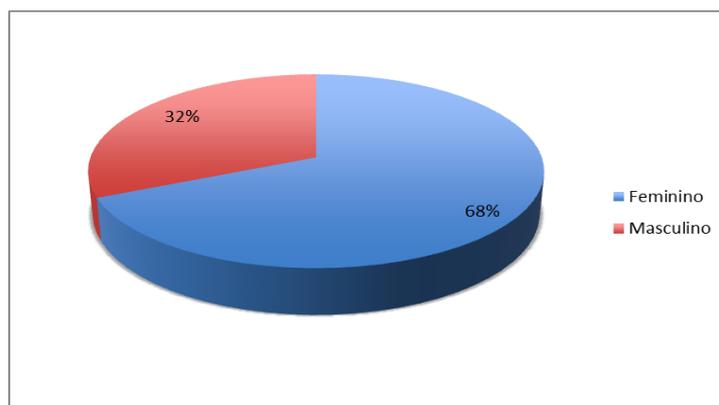
No final, é pedido ao paciente que refira a sua permissão em relação a situações que possam melhorar a relação clínico- paciente, especificamente o tempo aplicado pelo clínico ou outros profissionais de saúde ou a facilidade no contacto com este.

## 4 Resultados

### 4.1 Caracterização da amostra

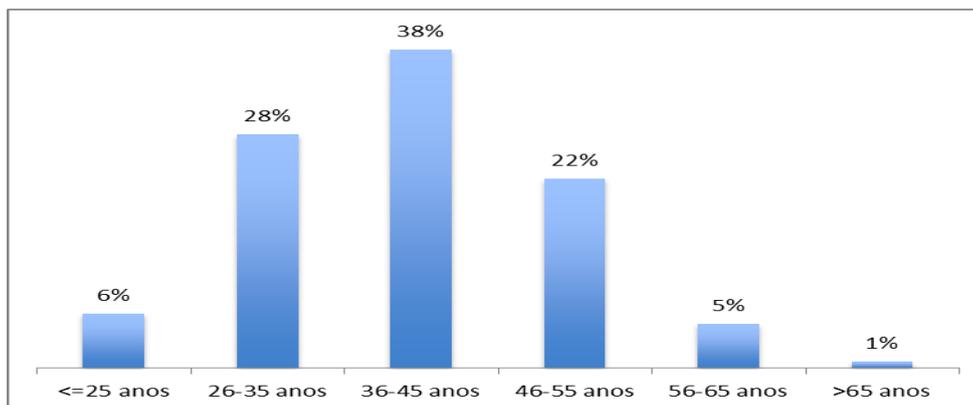
A amostra é composta por 250 pacientes com VIH/SIDA seguidos no Hospital Esperança em Luanda. A divisão por géneros não foi equitativa, sendo a amostra composta por mais mulheres (68%) que homens (32%) entrevistados.

Figura 1 - Distribuição por Género



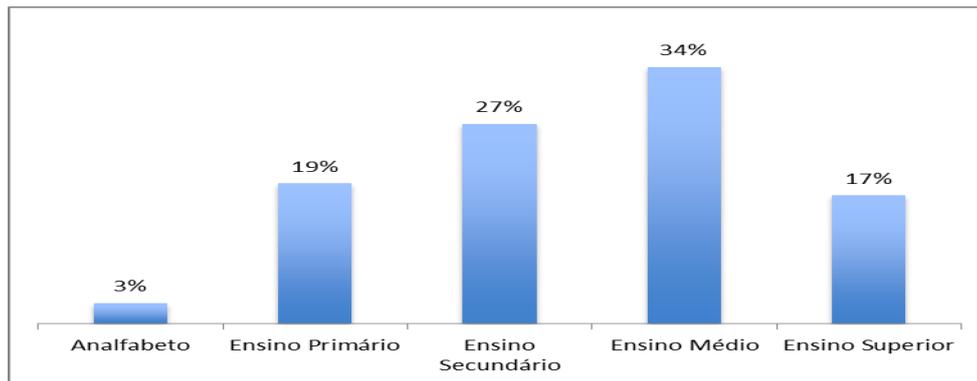
A média de idades foi de 57 anos (26-55), com a distribuição etária abaixo representada.

Figura 2 - Distribuição Etária



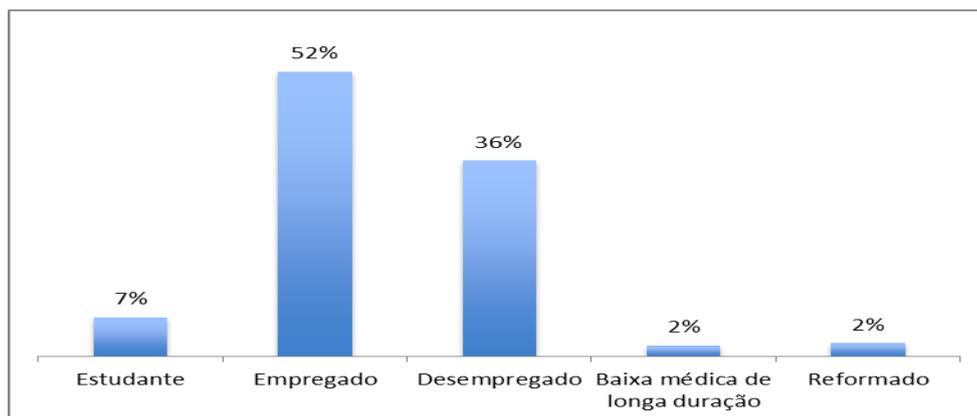
Cerca de 3% dos doentes eram analfabetos e a maior parte tinham o ensino médio de escolaridade e outros tantos tinham ensino primário e secundário. Apenas 17% dos doentes tinham formação superior.

**Figura 3 – Níveis de Escolaridade**



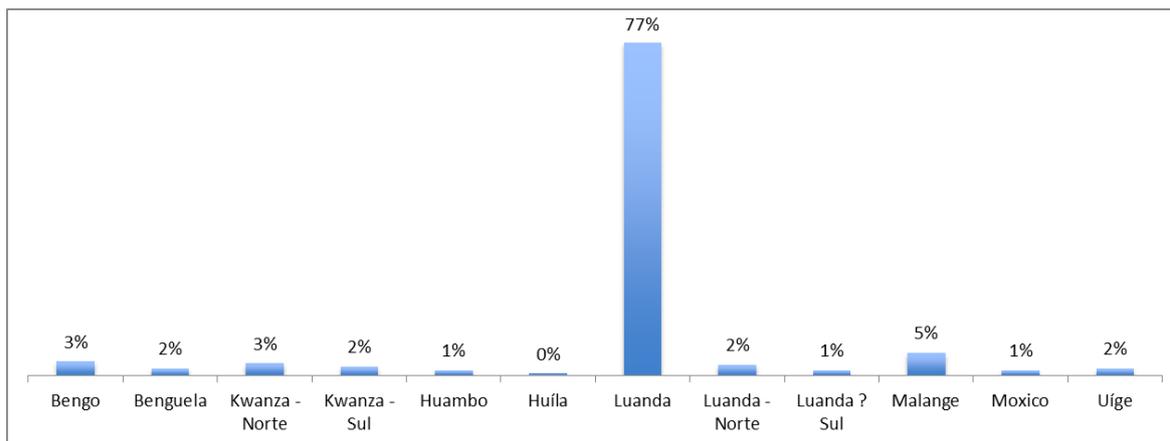
Cerca de metade dos pacientes 52% são trabalhadores ativos, sendo que a maioria se encontram empregados e 36% desempregados. Uma minoria de 7% dos doentes são estudantes e 2% estavam com baixa médica de longa duração e são reformados

**Figura 4 – Situação Profissional**



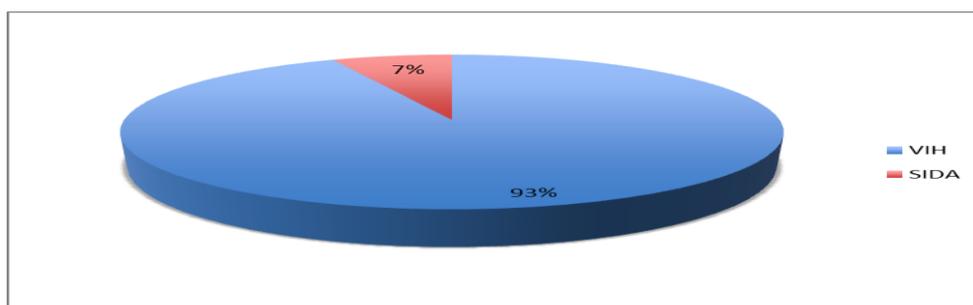
Relativamente à província de residência dos pacientes, Luanda teve uma percentagem de 77% porque é o primeiro hospital de referência e único para tratamento com antiretroviral no país. No entanto, cerca de 33% dos inquiridos são provenientes das restantes 11 províncias (parte norte e sul do país).

**Figura 5 – Distribuição por Províncias**



A maior parte 93% ainda são pacientes com o vírus da imunodeficiência humana e 7% com síndrome de imunodeficiência adquirida.

**Figura 6 – Distribuição por Diagnóstico Clínico**

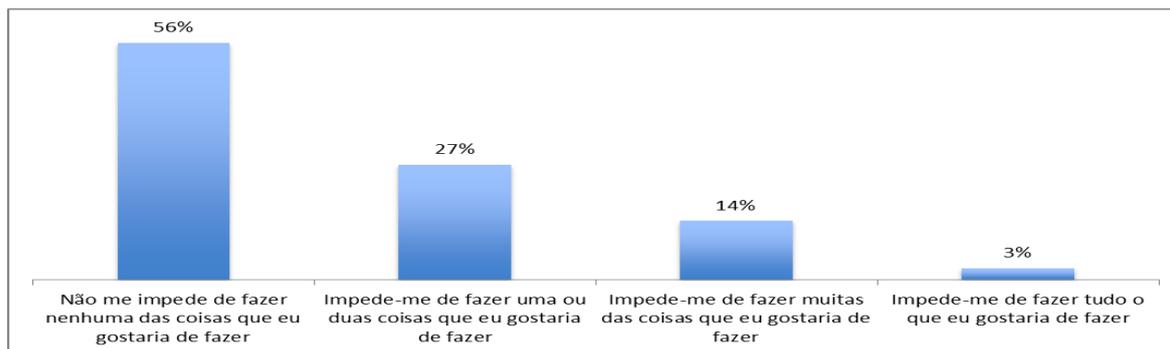


#### 4.2 Caracterização da condição de saúde, no que respeita o VIH/SIDA

Quando questionados sobre as limitações inerentes à doença e às suas repercussões na vida quotidiana, a maioria dos pacientes refere que a doença não provoca impedimentos nas atividades da vida diária. Destes, perto de um terço (27%) aponta que o impedimento é de, no máximo, duas atividades que o doente gostaria de fazer e um número semelhante 14% reporta impedimento para “muitas coisas que gostaria de fazer”. 3% dos pacientes refere, contudo, que a doença impede a realização de todas as atividades que o paciente gostaria de desenvolver na sua vida diária.

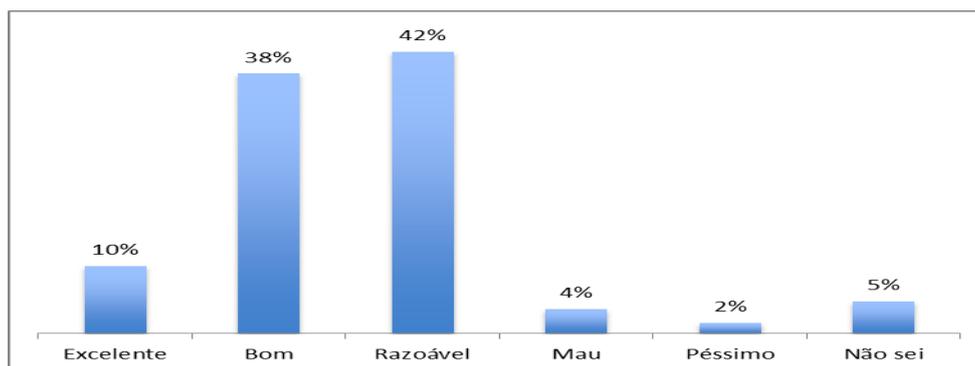
No entanto, 56% dos doentes nega qualquer constrangimento relativamente às atividades que gostaria de desenvolver, atribuíveis à VIH.

**Figura 7 – Limitações Atribuíveis ao VIH**



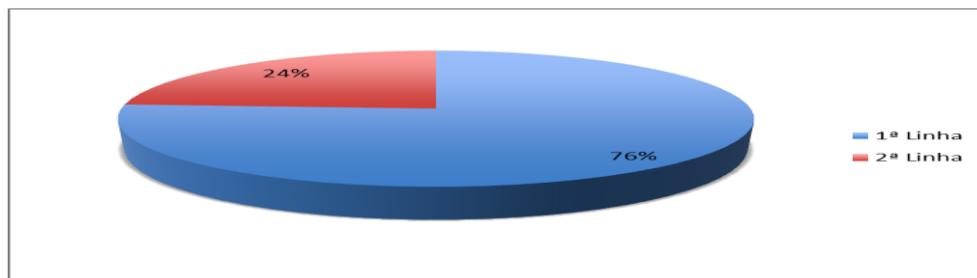
A grande maioria dos doentes tem uma perspetiva do seu estado de saúde relativamente ao VIH razoável (42%) ou bom (38%). Apenas 10% dos doentes qualifica o seu estado de saúde como excelente e outros num número muito reduzido reportam que o seu estado de saúde, no que o VIH diz respeito, é mau, ou péssimo .

**Figura 8 – Estado de Saúde relativamente ao VIH na perspetiva do paciente**



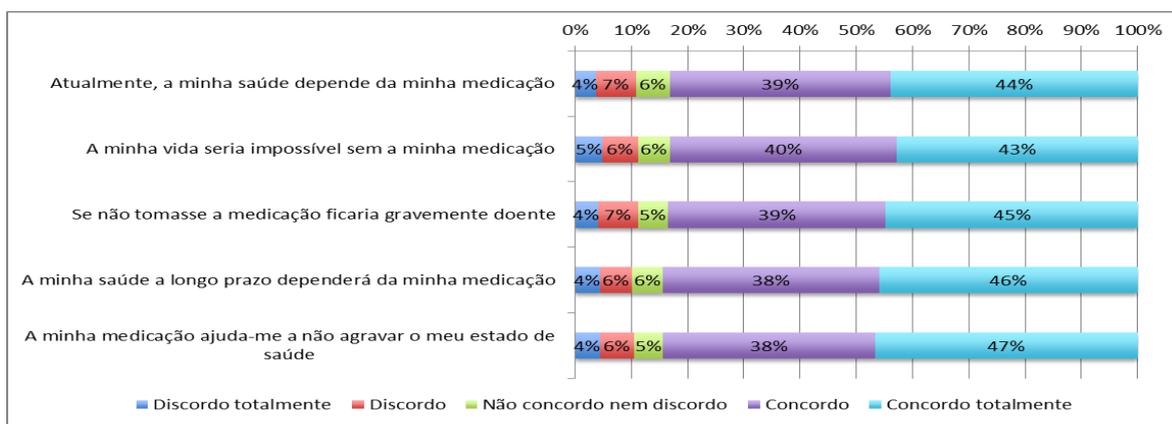
Na maioria dos pacientes conseguimos enxergar que existem mais pacientes na primeira linha (76%) e os restantes 24% são pacientes em segunda linha. Os pacientes da primeira linha são os que fazem a primeira terapia (AZT +3TC+ NVP) os de segunda linha são os pacientes que por alguma razão tiveram que mudar de terapia. Como por exemplo: pacientes que abandonaram a terapia e depois retomam e a medicação começa a fazer resistência, os pacientes com efeitos colaterais a própria terapia.

**Figura 9 – Tipo de terapêutica e posologia utilizada**



A importância dada ao tratamento para a VIH, por parte da amostra em estudo, é muito relevante, sendo que, praticamente a totalidade dos pacientes, afirma que a sua saúde dependa da medicação e que não seria possível viver sem esta. Referem ainda, ter conhecimento que, caso não fizessem toma de qualquer medicação para VIH, corriam o sério risco de ficar gravemente doentes, uma vez que esta terapêutica ajuda a não agravar o estado de saúde. Desta forma, praticamente todos os doentes assumem ter conhecimento de que a sua saúde, a longo, prazo depende da medicação para a VIH.

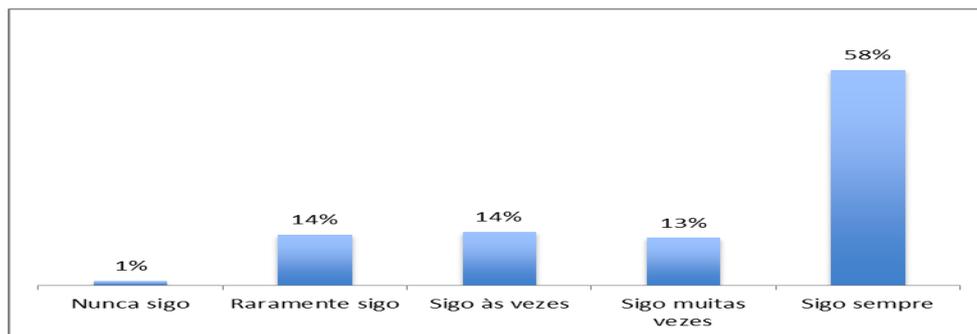
**Figura 10 – Estado de saúde relativamente a medicação**



### 4.3 Quantificação da adesão à terapêutica

Quando questionados, relativamente ao cumprimento das indicações médicas, no que concerne à toma de medicação para VIH, 58% dos pacientes refere cumprir sempre o aconselhado pelo profissional de saúde. Um por cento dos inquiridos revelam não cumprir sempre, sendo que 13% caracterizam a sua toma como “sigo muitas vezes”. e 14% sigo as vezes e raramente sigo.

**Figura 11 – Cumprimento de indicação pelo clínico**



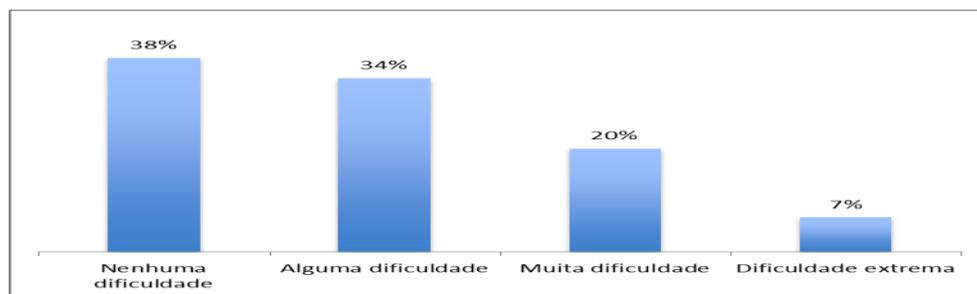
#### **4.4 MOTIVOS DA NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA**

Praticamente 38% dos doentes entrevistados refere que não se sentem cansados de tomar a medicação, com mais de 34% da amostra a referir que esse facto ocorre algumas ou muitas vezes.

Vinte por cento dos inqueridos manifesta muita dificuldade na toma da medicação, quando questionados, respondem que são medicamentos tomados para toda a vida

Quando questionados especialmente, a questão da dificuldade em deslocar-se ao hospital para consulta, uma parte dos pacientes respondem não ter dificuldade na deslocação, sendo que 20% identificaram-na como “muita dificuldade” e 7% em dificuldade extrema.

**Figura 12 – Avaliação da dificuldade da deslocação a consulta**



Dos que confinam com a adesão temos a referir que de 58% dos inquiridos referem que cumpre as recomendações médicas sempre, quando aferida a ocorrência de incumprimento involuntário por esquecimento da toma da medicação, cerca de 42 % refere que se esquece de tomar a medicação, embora , segundo os mesmos, isto ocorra raramente.

Aproximadamente dos doentes entrevistados refere que não se sentem cansados de tomar medicação, contudo uma população a referir que esse facto ocorre algumas ou muitas vezes. Uma percentagem pequena dos pacientes referem duvida na eficácia da medicação

Dos que não confinam com a adesão declaram muita dificuldade na toma da medicação, quando questionados, respondem que são medicamentos tomados demasiados longo,

esquecem-se de tomar e comprar a medicação, outros referem ter demasiado medicamentos para tomar

**Figura 13 – Avaliação de fatores condicionantes de adesão a terapia do VIH (fazer texto as que confinam com a adesão e as que menos confinam com a adesão)**



#### 4.5 Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Dos 90% dos pacientes questionados mencionam o uso de métodos quando têm dificuldade em cumprir na íntegra as indicações dos profissionais de saúde. A maioria destes opta por falar com o médico assistente e 58% falar com outros profissionais, sendo que o ajuste do regime terapêutico à rotina diária, quer por iniciativa do doente, ou acordando com o

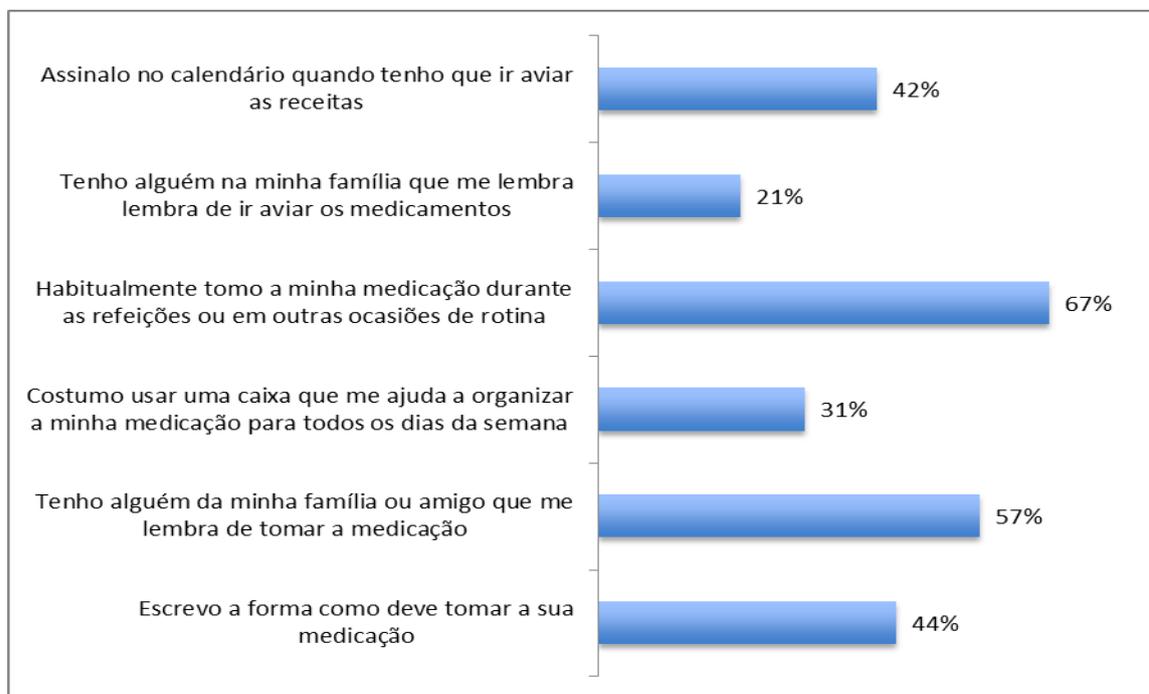
clínico, é, igualmente, referido por mais de 40% da amostra e ainda pedir ao médico um plano escrito do tratamento foi referenciado pelos pacientes 56%.

**Figura 14 - Estratégias adoptadas quando há dificuldade em seguir indicações médicas**



Muitos dos indivíduos entrevistados descrevem o recurso a uma ou mais estratégias a fim de evitar a falha de adesão involuntária por esquecimento. Na amostra em estudo, as principais estratégias prendem-se na toma da medicação durante as refeições(67%) outros têm alguém da família que os lembra de tomar a medicação (57%) os restantes assinalam no calendário aquando do aviamento as receitas e também têm terceiros a fazer lembrar. Outros ainda escrevem a forma como deve tomar a sua medicação (44%).

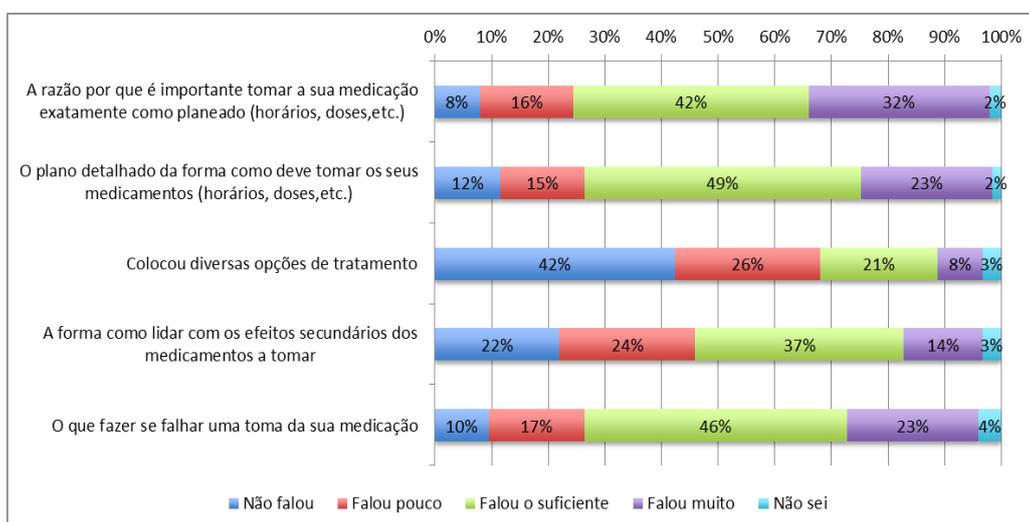
**Figura 15 - Estratégias habituais para evitar o esquecimento na toma da medicação**



#### 4.6 Caracterização da relação com o médico assistente

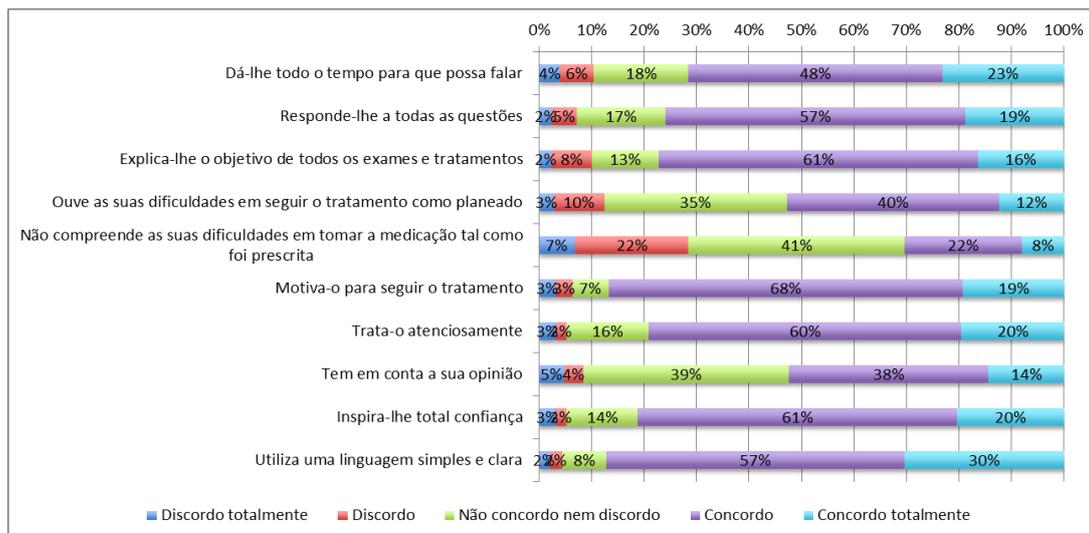
A maior parte dos indivíduos refere que o seu médico assistente, aquando do diagnóstico ou de qualquer alteração terapêutica levada a cabo, explicou a importância da toma de medicação, de acordo com as indicações, estabelecendo um plano detalhado da toma. Ainda relativamente a forma de lidar com efeitos adversos ou, ao que fazer, caso se verifique falha na toma da medicação, mais de metade dos inquiridos refere que o profissional de saúde terá falado o suficiente ou muito. Porém, relativamente a estes dois últimos pontos, cerca de 26% dos doentes apontam que o médico não terá abordado estes temas ou não terá falado o suficiente para o esclarecimento do doente.

**Figura 16 - Questões abordadas pelo médico assistente, aquando do diagnóstico ou de alterações terapêuticas**



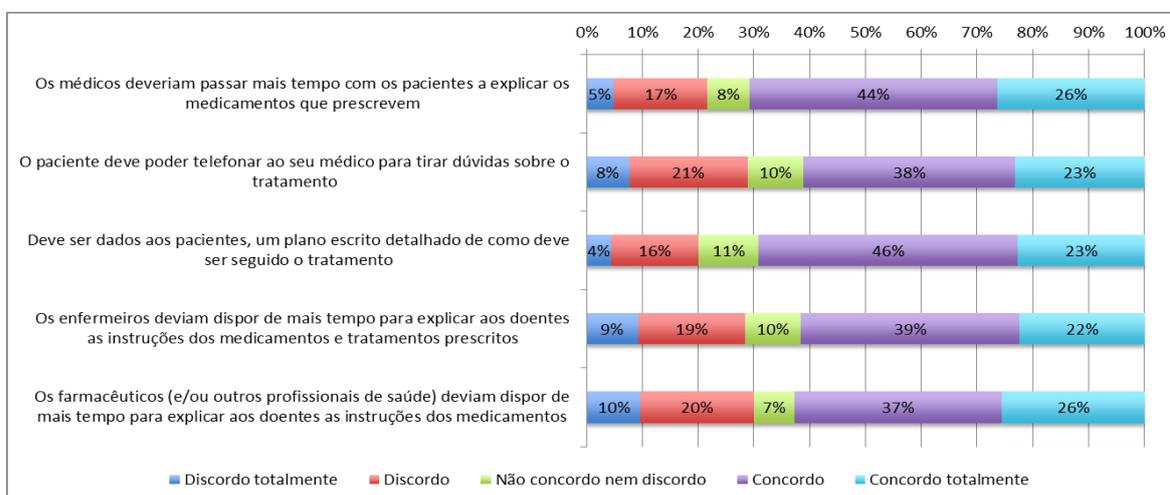
Na visão dos pacientes, especificamente à relação estabelecida entre si e o seu clínico, quase todos responderam que o médico assistente se revela atencioso, inspirador de confiança, utilizando uma linguagem simples e clara e permitindo que o doente tenha tempo para colocar as suas perguntas. Porém, cerca de uma minoria responderam não concordarem ou discordaram quando questionados se o médico ouvia as suas dificuldades ou as compreendia.

**Figura 17 – Relação entre o médico e o doente, na perspetiva do doente**



Numa visão de acompanhamento necessário pelos profissionais de saúde, a maioria dos inquiridos manifestam que gostariam de poder ter um plano escrito detalhado de como deve ser seguido o tratamento, uma outra parte dos indivíduos referem que o médico deveria passar mais tempo com os pacientes a explicar os medicamentos que prescrevem.

**Figura 18 - Avaliação das necessidades do doente, na perspetiva do próprio**



#### **4.7 Análise de correlações**

Foi realizada a análise de correlação, a fim de perceber se existe alguma dependência entre fatores, nomeadamente entre fatores sócio - demográficos e a adesão à terapêutica. Relativamente a fatores sócio - demográficos, apenas se verificou correlação significativa entre a escolaridade e o seguimento das instruções dadas pelo médico, em relação à forma como o medicamento deve ser tomado.

Em termos de não adesão não intencional, identificou-se uma correlação estatística significativa, com um nível de significância de 0,05, entre o esquecimento da toma da medicação e o horário das tomas não ser conveniente. Na não adesão intencional, verificou-se, ainda, correlação entre decidir não tomar a medicação e estar deprimido. Por outro lado, verificou-se correlação, com nível de significância de 0.01, entre “falar com o médico” e o seguimento das instruções de toma da medicação.

## 5 CONCLUSÃO

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), que no início chegou a ser considerado um fenómeno remetido a determinados grupos sociais de risco e que por sinal até eram vistos com a margem por referência ao padrão social tido como “ normal” , tornou-se no início dos anos oitenta uma doença transversal a todas as sociedades, grupos e perfis sociodemográficos.

Contudo, que mais se espera dos pacientes com VIH/SIDA é que sejam responsáveis no cumprimento integral da medicação, tratamentos e orientações dadas pelos profissionais de saúde e por compressões de variável ordem, a adesão à terapêutica tem-se declarado um fenómeno nacional e internacional crescente, problemático e com consequências sérias no indivíduo, família e sociedade.

Porém, além deste trabalho teórico fez-se uma recolha, na unidade de referência para diagnóstico e acompanhamento de pessoas com VIH e SIDA , em Luanda – Angola, de uma amostra de 250 pacientes diagnosticados com infecção VIH e SIDA em acompanhamento no Hospital Esperança, e com prescrição anti-retroviral desde 2004, com objectivo de nos permitir avaliar a adesão à terapêutica no Hospital Esperança em Luanda. Sendo que a doença do VIH com os resultados obtidos neste estudo, justificam e vêm admitir esta situação. A média das idades registadas é de 57 anos de idade, sendo a amostra composta por mais mulheres (68%) que homens (32%) entrevistados.

Relativamente à província de residência dos pacientes, Luanda teve uma percentagem de 77% porque é o primeiro hospital de referência e único para tratamento com antiretroviral no país. No entanto, cerca de 33% dos inquiridos são provenientes das restantes 11 províncias (parte norte e sul do país).

A maior parte dos indivíduos refere que o seu médico assistente, aquando do diagnóstico ou de qualquer alteração terapêutica levada a cabo, explicou a importância da toma de medicação, de acordo com as indicações, estabelecendo um plano detalhado da toma. Ainda relativamente a forma de lidar com efeitos adversos ou, ao que fazer, caso se verifique falha na toma da medicação, mais de metade dos inquiridos refere que o profissional de saúde terá falado o suficiente ou muito. Porém, relativamente a estes dois últimos pontos, cerca de 26% dos doentes apontam que o médico não terá abordado estes temas ou não terá falado o suficiente para o esclarecimento do doente.

Dos 90% dos pacientes questionados mencionam o uso de métodos quando têm dificuldade em cumprir na íntegra as indicações dos profissionais de saúde. A maioria destes opta por falar com o médico assistente e 58% falar com outros profissionais, sendo que o ajuste do regime terapêutico à rotina diária, quer por iniciativa do doente, ou acordando com o clínico, é, igualmente, referido por mais de 40% da amostra e ainda pedir ao médico um plano escrito do tratamento foi referenciado pelos pacientes 56%.

Praticamente 38% dos doentes entrevistados refere que não se sentem cansados de tomar a medicação, com mais de 34% da amostra a referir que esse facto ocorre algumas ou muitas vezes.

Vinte por cento dos inqueridos manifesta muita dificuldade na toma da medicação, quando questionados, respondem que são medicamentos tomados para toda a vida

Quando questionados especialmente, a questão da dificuldade em deslocar-se ao hospital para consulta, uma parte dos pacientes respondem não ter dificuldade na deslocação, sendo que 20% identificaram-na como “muita dificuldade” e 7% em dificuldade extrema.

Quando questionados especialmente, a questão da dificuldade em deslocar-se ao hospital para consulta, uma parte dos pacientes respondem não ter dificuldade na deslocação, sendo que 20% identificaram-na como “muita dificuldade” e 7% em dificuldade extrema

Apesar de termos atingido resultados que satisfazem e em harmonia com os nossos objetivos, acreditamos que um tempo de seguimento maior poderia nos dar outros elementos sobre a adesão e a qualidade de vida, a médio prazo. Sugerimos que, estudos futuros considerem um seguimento ampliado de seis meses a um ano. Outra dificuldade identificada foi a falta de condições de realização de visitas domiciliares para identificação dos principais motivos de falta e abandono. Embora o conhecimento dos motivos da falta ou abandono aos serviços de saúde, não constituísse parte dos objetivos iniciais da nossa investigação, reconhecemos que é um dado adicional pertinente para a identificação das causas de falta e abandono ao tratamento. Entretanto, fizemos algumas tentativas de contato por telefone mas não foram suficientes para atingir todos os participantes necessários. Não é simples assimilar novas estratégias, no entanto, muitas são as questões que nos ocorrem, a saber: Qual seria o impacto do acompanhamento psicológico e a sua relação com a adesão ao tratamento? Quais seriam as intervenções mais eficazes à essa realidade? Quais seriam as melhores estratégias de apoio psicológico para as pessoas vivendo com VIH e SIDA em Angola? A gravidade da epidemia nos clama à ação, à vontade de ajudar, a escrever uma história diferente num contexto com poucos recursos e

com imensa diversidade cultural e, induz que permaneça o desafio constante de buscar caminhos que dêem respostas mais dignas e eficazes à epidemia do VIH e SIDA.

## **BIBLIOGRAFIA**

- André, M. R. D. L. (2005). Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Universidade de Coimbra.
- Alvarez MJ. Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2005.
- Alves, G. C., & Mazon, L. M. (2012). Perfil dos pacientes em tratamento para HIV/AIDS e fatores determinantes na adesão ao tratamento antirretroviral. *Saúde e Meio ambiente*, 1(2), 81–94.
- Arantes, A. C., & Vila, V. S. C. (2012). A adesão terapêutica de pessoas com condições crónicas no aparelho circulatório. *Estudos-Resumos*, 39(4), 615–618.
- Barber, N., Safar, A., Franklin, B. D. 2005. Can human error theory explain nonadherence? *Pharmacy World and Science*, 27: 300-304.
- Bastakoti S, Khanal S, Dahal B, Pun NT (2013) -2-adherence and non-adherence to treatments: focus on pharmacy practice in Nepal” *J Clin Diagn Res* 7(4): 754-7
- Bauman K. Sexually transmitted diseases. In: Rosenfeld A, editor. *Handbook of Women's Health: an evidence based approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 254-80.
- Beith, A., & Johnson, A. (2006). *Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy : A review of evidence*. (p. 93). Arlington.
- Bonolo, P. F. (2005). *Terapia anti-retroviral em indivíduos vivendo com HIV/AIDS, Belo Horizonte, 2001-2003 - O desafio da adesão*. Universidade Federal de Minas Gerais.

Brambatti, L. P. (2007). Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: Adesão ao tratamento antiretroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique. Universidade de Brasília

Caraciolo, J. M. M., & Shimma, E. (2007). Adesão, da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. (Centro de Referência e Treinamento DTS/AIDS, Ed.) (Centro de .., p. 289). São Paulo.

Cardoso AAFP. Prevenção primária da SIDA em jovens: avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 1999.

Carneiro, Antonio Vaz; Antonio Bugalho (2004) “NOC de Adesão Teraapêutica – Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas”, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência FML

Cramer, Joyce A., Anuja Roy, Anita Burrell, Carol J. Fairchild, Mahesh J. Fuldeore, Daniel A. Ollendorf, Peter K. Wong (2008), “Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions” Value in Helth, vol 11, nº1

Faustino, Q. M. (2006). Intervenção Cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas com VIH/AIDS. Universidade de Brasília.

Fernandes, C., & Britto, I. (2007). Ação médica no contexto ambulatorial com o portador de HIV. Psico-USF, 12(2), 309–318.

Geocze, L., Marco, M. A. De, Mucci, S., Nogueira-Martins, L. A., & Citero, de A. (2010).

Geocze, L., Mucci, S., Marco, M. A., Nogueira-martins, L. A., & Citero, V. A. (2010).

Goodfellow N, Almomani B, Hawwa A, McElnay J (2013) “What the newspapers say about medication adherence: a content analysis”, BMC Public Health, 13:909

Harvard Medical School. HIV/AIDS. Boston: Harvard Medical School; 2007 [citado em 02 Set 2007]. Disponível em: <http://www.intelihealth.com/IH/ih/IH/WSIHW000/408/408.html>

Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P., Yao, X. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3  
<http://www. Roche.pt/sida/tratamento/>

INLS. (2008). Plano estratégico nacional para o controlo das infeções de transmissão sexual, VIH e SIDA, 2007-2010.

INLS. (2011). Normas sobre Tratamento Anti-Retroviral (p. 175). Luanda.

INLS. (2012). Relatório de progresso da declaração política sobre VIH/SIDA – UNGASS 2012 (p. 92). Luanda

Kourrouski, M. F. C. (2008). Adesão ao tratamento : vivências de adolescentes com HIV / AIDS. Universidade de São Paulo.

Lindsay J, Heaney L (2013) “Nonadherence in difficult asthma – facts, myths, and a time to act” Patient preference and adherence 7: 336-329

Margalho, R., Pereira, M., Ouakinin, S., & Canavarro, M. C. (2011). Adesão à HAART, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. Acta Med Port, 24 (S2), 539–548.

Ogden J. A Psicologia na evolução da doença: VIH, cancro e doença coronária. Psicologia da Saúde. Manuais universitários. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.

Oliveira, A., Osti, N., Parise, R. F., & Chorilli, M. (2009). Novas abordagens no desenvolvimento de fármacos antirretrovirais Revista de la Ofil. Revista de la Cofil, 19(1), 42–56.

ONUSIDA. (2011). Relatório para o dia mundial contra o HIV/AIDS 2011- Boletim informativo. (pp. 1–3).

ONUSIDA. (2013a). How Africa turned AIDS around 10 things I can't live without. Special Report (p. 56). Genebra.

ONUSIDA. (2013b). Tratamento 2015 (p. 44). Genebra.

Organização mundial de saúde (OMS) (2003) “Adherence to Long-Term Therapies – Evidence for action”

Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. Revista de Saúde Pública, 44(4), 743– 9. doi:10.1590/S0034-89102010000400019

Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. Revista Saúde Pública, 44(4), 743–749.

Rabuske, M. M. (2009). Comunicação de diagnósticos de Seropositividade para o VIH e de SIDA para adolescentes e adultos: Implicações psicológicas e repercursões nas relações familiares e sociais. Universidade Federal de Santa Catarina.

Santos, W. J. (2011). Aspectos psicossociais na adesão ao tratamento com VIH/SIDA: o uso do genograma para o conhecimento da rede familiar. Universidade Federal de Minas Gerais.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasil. (2007). Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DTS. (p. 32). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, A. e H. V. (2013). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS. (Ministério da saúde do Brasil, Ed.) (pp. 1–75). Brasília.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, A. e H. V. (2010). Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST / HIV / Aids Recomendações do grupo de trabalho de assistência farmacêutica. (M. da S. do Brasil, Ed.) (p. 224). Brasília.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e AIDS. (2007). Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com VIH e AIDS. (Dario Noletto, Ed.) (p. 32). Brasília.

Straub RO. HIV and AIDS. *Health Psychol* 2002; 11: 460-99.

Team.The British Pharmacological Society. 73: (5) 691-705. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x

Torres , T. L., & Camargo, B. V. (2008). Representações sociais da aids e da erapia anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 64–78.

Vasconcellos, D., Picard, O., & Ichaï, S. C. (2003). Condições psicológicas para a observação das terapias antiretrovirais altamente ativas (HAART). *Revista de Psiquiatria*, 25(2), 335–344.

Vidinha, M. F. (2011). Conhecimentos e atitudes face à infecção pelo VIH: a prática dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários no Algarve. Universidade do Algarve.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D., et al. 2012. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. ABC Project

# ANEXOS