

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

## SOCIAL REPRESENTATIONS AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT

Brigido Vizeu Camargo\*, Andréa Barbará S. Bousfield\*\*,  
Andréia Isabel Giacomozzi\*\*\* e Larissa Papaleo Koelzer\*\*\*\*  
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Recibido: 15 de Julio de 2014

Aceptado: 10 de octubre de 2014

### RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais e os fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral. Participaram do estudo 154 pessoas que faziam tratamento antirretroviral, sendo 82 homens com média de idade de 40 anos e 3 meses. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas diretas e por uma escala de adesão ao tratamento antirretroviral. O material textual sobre o significado do tratamento foi analisado pelo software IRAMUTEQ. O tratamento é representado a partir de duas concepções: a primeira a uma vida normal mantida pela ideia de uso contínuo e regular dos medicamentos, compartilhada pelas pessoas com alta adesão ao tratamento. Já a segunda, como algo que gera sofrimento e isolamento social, mais característica de pessoas com baixa/inadequada e insuficiente/regular adesão. Sobre o nível de adesão, os resultados indicaram que 22.7% dos participantes apresentaram adesão alta/estricta, e que a relação com o médico, a equipe de saúde e a informação sobre o tratamento estão relacionados com a alta/estricta adesão ao tratamento antirretroviral dos participantes.

**Palavras chave:** Aids, tratamento antirretroviral, adesão, representações sociais.

### ABSTRACT

This study aims to identify the social representations and the factors that influence in the adherence to antiretroviral treatment. The participants in the study were 154 people who were undergoing antiretroviral treatment, 82 men with an average age of 40 years and three months. The data was obtained through direct interviews and through a scale of adherence to antiretroviral treatment. The textual material in relation to the meaning of the treatment was analyzed by the IRAMUTEQ software. The treatment is represented in two concepts: First, from a normal life maintained by the idea of continuous and regular use of medications shared by people with high adherence to treatment. Second, as something which generates social suffering, and isolation, most characteristic of people with low/inadequate, and insufficient/regular adherence. Regarding the level of adherence, results showed that the 22.7% of the participants showed a high/strict adherence; and that the relationship with the doctor, health care equipment, and treatment information are related with a high/strict adherence to participant's antiretroviral treatment.

**Key words:** Aids, antiretroviral treatment, adherence, social representations

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 20(2): 229-238, 2014

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

De acordo com o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil (2013) estima-se que aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/Aids no Brasil, o que indica uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral. Destes, em torno de 80% (574 mil) já foram diagnosticados e aproximadamente 74% deles (531 mil) já foram vinculados aos serviços de saúde e estão monitorando sua infecção por meio de exames laboratoriais (CD4 e carga viral), ou estão em terapia antirretroviral (TARV).

Desde 1996, por meio da Lei 9313, o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) garante o acesso gratuito à medicação antirretroviral, bem como toda a logística de exames de controle da doença, o chamado acesso universal ao tratamento. Tal garantia mudou o perfil da epidemia da Aids no país desde então, aumentando a sobrevivência dos pacientes e diminuindo a morbimortalidade relacionada tanto com a Aids, quanto com as infecções oportunistas (Brasil, 1996).

O tratamento auxilia na melhoria da qualidade de vida dos portadores de HIV diminuindo as internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas e, conseqüentemente, baixando a mortalidade por Aids (Carvalho, Merchán-Hamann & Matsushita, 2007). Além disso, estudos recentes observaram que o tratamento também diminui a transmissão do vírus HIV (Cohen et al., 2011).

Dessa forma, a adesão ao tratamento antirretroviral é muito importante para que haja efetividade no tratamento. A medicação tomada de maneira inadequada ou insuficiente (lapsos, falhas nos dias ou nos horários) facilita a resistência à terapia farmacológica e o comprometimento dos resultados clínicos (Desai & Mathur, 2003; Lowe, Prins & Lange, 2004). Além disso, a formação de cepas resistentes do vírus HIV compromete todo o investimento disponibilizado pela política de acesso universal aos antirretrovirais no Brasil (Chesney, Morin & Sherr, 2000; Grangeiro, Teixeira, Bastos & Teixeira, 2006). Para a OMS, as taxas de ingestão devem ser de no mínimo 95% do total de medicamentos prescritos para a obtenção da efetividade terapêutica (WHO, 2003). Contudo, os dados de adesão terapêutica dos pacientes de Aids

apresentados na literatura informam que apenas de 37% a 85,8% dos pacientes são aderentes (Carvalho et al., 2003; WHO, 2003).

Melchior, Nemes, Alencar e Buchalla (2007) em um estudo sobre desafios da adesão ao tratamento antirretroviral, analisaram as dificuldades referentes ao tratamento a partir dos fatores sociais e estilo de vida incluindo o estigma, o uso de medicação e as crenças acerca deste uso. Todos os entrevistados relataram dificuldades relacionadas ao estigma de viver com HIV/Aids. Os fatores sociais e culturais são mais difíceis de serem superados para adesão ao tratamento do que aqueles relacionados à tomada da medicação.

Pesquisas recentes sobre adesão ao tratamento antirretroviral (Ferreira & Favoreto, 2011; Filho, Luna, Silva & Pinheiro, 2012; Leite, Papa & Valentini, 2003; Polejack & Seidl, 2010; Sousa, Torres, Miranda & Franco, 2013) apontam que os pacientes geralmente atribuem a causa da falta de adesão a fatores como: dificuldades em realizar o tratamento, dificuldades relacionadas ao seu estilo de vida, regimes terapêuticos confusos, grande quantidade de remédios, tempo de tratamento longo, esquecimento de tomar os comprimidos e o consumo de álcool e outras drogas.

Ferreira e Favoreto (2011) afirmam que a relação dos pacientes com a adesão é dinâmica, numa dimensão temporal e circunstancial, na medida em que há mudanças nos sentidos que eles atribuem ao tratamento com o decorrer do tempo, essa é também uma relação permeada por fatores externos e internos presentes em determinados momentos da vida do paciente. Da mesma maneira, Polejack e Seidl (2010) consideram a adesão um fenômeno complexo e dinâmico, que não possui uma medida padrão para seu monitoramento e aferição. Além disso, estudo de Remor (2002) observou que as percepções e expectativas negativas com relação ao tratamento antirretroviral podem modular o estado emocional e impactar negativamente a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e que um nível de apoio social adequado é capaz de atenuar este impacto negativo.

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

O nível de adesão ao tratamento antirretroviral tem sido relacionado a questões relativas à doença e ao próprio tratamento, questões de cunho pessoal, social; ou ainda relacionadas com a equipe de saúde (Bonolo et al., 2005; Cardoso & Arruda, 2005; Carvalho, Duarte, Merchán-Hamann, Bicudo & Laguardia, 2003; Ferreira & Favoreto, 2011). Esses aspectos subjetivos e simbólicos relacionados à doença, como destacam Galand e Salès-Wuillemin (2009), estudados a partir da perspectiva das representações sociais permitem explicitar como os membros de um grupo pensam e tomam posição frente a uma doença, a um comportamento preventivo, etc.

Para Moscovici (1976/1961 e 1982) as representações sociais são conhecimentos não especializados que envolvem valores, ideias e práticas; que permite às pessoas controlar e orientar-se em seu meio social, bem como prover uma rede de significados que possibilite a comunicação numa realidade contextualizada, por meio de códigos para nomear e classificar seu mundo material e social.

Uma vez que as representações sociais e práticas estão ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também, atitudes específicas diante do problema de saúde, os sentidos que o indivíduo atribui a sua condição crônica podem determinar a qualidade de vida e do tratamento, a relação entre o profissional de saúde e o usuário, bem como a adaptação do doente ao tratamento, como descreve Morin (2004).

Um estudo sobre representação social do tratamento antirretroviral (Torres & Camargo, 2008) observou que para as pessoas que vivem com o HIV o tratamento da Aids foi representado como mais abrangente que a TARV, caracterizando-se pela alimentação adequada, controle da carga viral e células CD4, comparecimento às consultas e uso contínuo da medicação antirretroviral. As maiores dificuldades relatadas pelos participantes foram: efeitos colaterais, rotina dos remédios (horários e quantidade), problemas de relacionamento com familiares, amigos, comunidade e principalmente com o companheiro ou companheira.

A comparação das representações sociais do tratamento antirretroviral de pacientes aderentes e não aderentes ao

tratamento (Cardoso & Arruda, 2005) indicou que: (1) para os primeiros a soropositividade aparece associada a uma nova normatividade (tomar remédios), sendo o remédio objetivado como destruindo o vírus, e ancorado no saber científico; e (2) enquanto que para os não aderentes a soropositividade é uma vivência ameaçadora, e os remédios tornam-se a própria objetivação da doença.

Para Herzlich (2004) quando as pessoas que vivem com uma condição crônica se manifestam, pensam e refletem sobre a doença, esses conceitos devem ser considerados na elaboração de políticas de saúde; pois como destaca Morin (2004) os programas de saúde focados no tratamento contribuem para melhorar a qualidade do mesmo, a relação profissional de saúde e usuário, a qualidade de vida e a adaptação do doente ao tratamento.

Este estudo visou identificar as representações sociais e os fatores que influenciam a adesão ao tratamento antirretroviral de usuários do serviço de saúde pública de uma cidade do Sul do Brasil.

### **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, de natureza descritiva (Flick, 2009).

### **Amostra**

Participaram do estudo 154 pessoas que viviam com HIV/Aids e faziam tratamento antirretroviral, sendo 82 homens e 72 mulheres, usuários do serviço de saúde pública.

### **Instrumentos**

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas estruturadas aplicadas individualmente, e foram abordadas as seguintes questões: características sociodemográficas, rotina e os efeitos colaterais em relação ao tratamento antirretroviral, o uso de álcool e outras drogas, fonte conhecimento sobre HIV/Aids, e por último o significado do tratamento antirretroviral. Já para identificar o nível de adesão foi utilizada uma escala de adesão ao tratamento antirretroviral (Remor, Milner-Moskovics & Preussler, 2007), na qual foram considerados três níveis de adesão: alta/estrita, insuficiente/regular e baixa/inadequada.

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

### Procedimentos

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos), e após o aceite eram encaminhados aos pesquisadores. A garantia de direitos ao sigilo e o anonimato da condição sorológica destas pessoas impediu que os pesquisadores contatassem diretamente os usuários do sistema de saúde. Cada entrevista durou, em média 45 minutos, e somente o entrevistador estava presente. As respostas dos participantes foram gravadas e posteriormente transcritas.

### Análise de dados

O conteúdo textual decorrente das entrevistas foi submetido a uma Classificação Hierárquica Descente (CHD), por meio do *software* IRAMUTEQ - *Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Camargo & Justo, 2013; Ratinaud & Marchand, 2012). Ele realiza análises quantitativas de dados textuais fornecendo contextos e classes com conteúdos a partir da semelhança dos seus vocabulários. Essas classes representam o ambiente de sentido das palavras e podem indicar representações sociais ou elementos de representações sociais referentes ao objeto social estudado (Camargo, 2005; Nascimento-Schulze & Camargo, 2000).

Cada texto ( $n = 154$ ) foi caracterizado por variáveis de interesse: sexo, tempo de tratamento, efeito colateral e nível de adesão. Os critérios para inclusão dos elementos em suas respectivas classes é a frequência maior que a média de ocorrências no *corpus* e também a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3.84. O que oferece uma margem de erro  $< .05$  (para um grau de liberdade = 1).

Além disso, para identificar as co-ocorrências e a conexão entre as palavras, realizou-se também (com o auxílio do IRAMUTEQ) uma análise de similitude, a qual baseia-se na teoria dos grafos e auxilia a identificação da estrutura da representação.

As questões sociodemográficas e a escala de adesão foram analisadas por meio de estatística descritiva e relacional, com o auxílio do *software* SPSS (*Statistical*

*Package for the Social Science* - Pacote Estatístico para Ciências Sociais).

### Aspectos éticos

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e foi realizada com base nos determinantes instituídos pela resolução 196/1996 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil sob o número do protocolo 242/09.

### Resultados

A média de idade dos participantes foi de 40 anos e 3 meses (DP = 9 anos e 8 meses). Na relação entre idade e nível de adesão, observou-se que a maior proporção (72.7%) dos jovens (entre 18 e 29 anos) se concentrou no grupo de baixa adesão. Enquanto 37.3% das pessoas com idade entre 40% e 49% concentraram-se no grupo adesão regular; mas não houve associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis [ $\chi^2 = 10.02$ ;  $gl = 6$ ; NS].

Quanto ao nível de escolaridade, 39.3% dos participantes apresentavam até o ensino fundamental; 39.6% o ensino médio e apenas 9.7% ensino superior. Não houve diferença estatisticamente significativa entre escolaridade e nível de adesão [ $\chi^2 = 4.41$ ;  $gl = 2$ ; NS], embora 52% dos participantes com nível até o fundamental concentravam-se na categoria adesão baixa.

A renda média dos participantes foi de 2.8 salários mínimos (DP de 2.9), sendo que os participantes com renda menor do que um salário mínimo concentraram-se, em maior proporção (58.9%), na categoria adesão baixa [ $\chi^2 = 9.16$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0.01$ ].

Com relação à orientação sexual, 76.6% dos participantes declararam-se heterossexual, 19.5% homossexual, 3.2% bissexual, e um participante declarou-se transsexual. E a associação entre orientação sexual e adesão ao tratamento não foi estatisticamente significativa. Nem em relação ao estado civil houve associação com a adesão; 51.3% declararam-se solteiros, 37.7% casados, 10.4% separados e um participante viúvo. No entanto 59.1% referiram ter um namorado (a) ou companheiro (a) e

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

entre eles 85.9% afirmaram que o companheiro (a) conhece seu status sorológico.

O tempo médio de tratamento dos participantes foi de 5 anos e 3 meses (DP = 4 anos e 7 meses). Em relação às comorbidades apresentadas pelos participantes 7.8% relataram ter tido o diagnóstico de hepatite B; 3.2% de hepatite C e 4.5% de tuberculose.

No que se refere ao uso de álcool, crack e outras drogas os participantes relatam que costumavam utilizar álcool anteriormente e 22.7% relatam fazer uso atualmente; 25.3% faziam uso de maconha e 12.3% ainda o fazem; 20.1% usava cocaína e 1.3% usa atualmente; 10.4% já usou crack e 2.6% ainda usa. A relação entre uso de drogas e a adesão ao tratamento, agrupando-se as diferentes modalidades; observou-se que aqueles que declararam fazer uso de alguma droga atualmente se concentraram em maior proporção (56.3%) no grupo baixa adesão, seguido do grupo de adesão regular (29.2%). E dentre os que declararam não utilizar álcool e outras drogas, 40.6% se concentraram no grupo de adesão baixa; e 33% no grupo de adesão regular.

Quanto ao efeito colateral relacionado ao tratamento antirretroviral, 50.6% tiveram no passado e 33.8% têm atualmente, o que indica uma diminuição dos efeitos com o passar do tempo de tratamento. Perguntou-se aos participantes quais são tais efeitos colaterais que sentiam quando iniciaram seu tratamento e no momento atual, e os dados indicam que houve uma diminuição nos efeitos, a saber: enjoos/vômitos (de 26.4% para 18.8%), as tonturas (de 17% para 12.5%) e a lipodistrofia que só foi evocada no início dos tratamentos por 7.5% das pessoas e não foi citada como efeito colateral atual. Porém outros efeitos colaterais surgiram ou aumentaram com o tempo, tais como: as dores de estômago/azia/refluxos (de 13.2% para 25%), a diarreia (de 11.3% para 12.5%) e as dores e inchaços pelo corpo (de 9.4% para 12.5%).

Perguntou-se aos participantes se eles se consideram bem informados sobre o tratamento que fazem para o controle do HIV. E 77.3% dos participantes responderam que se consideram bem informados; e as principais fontes

citadas foram: profissionais da equipe de saúde (54.3%), internet (15%), ONGs que atuam junto a esta população no município (7.9%), reportagens de TV (7.1%) e conversas no dia-dia (3.9%), entre outras.

A avaliação da qualidade da relação com a equipe de saúde, importante fator relacionado com a adesão, foi boa para 72.1% dos participantes, regular para 3.9%, pode melhorar para 17.5% e ruim para 1.4%. Já a relação com médico foi considerado boa por 82.5% dos usuários, regular por 3.2%, pode melhorar por 8.4% e ruim por apenas 5.8%.

Quanto ao nível de adesão ao tratamento antirretroviral dos participantes, os dados indicaram que 45.55% dos participantes apresentam uma baixa/inadequada adesão, 31.8% insuficiente/regular e 22.7% alta/estrita.

A partir de um modelo de regressão linear, que explicou 29% da variância ( $F_{4,140} = 14.352, p < 0.001$ ), pode-se verificar que as variáveis preditoras relacionadas à alta/estrita adesão, são: informação ( $\beta_{0,22}, t = 3.044, p < 0.003$ ), relação com o médico ( $\beta_{0,31}, t = 4.223, p < 0.001$ ) e com a equipe de saúde ( $\beta_{0,24}, t = 3.236, p < 0.002$ ).

### **Representação Social do tratamento**

As respostas à pergunta «O que o tratamento antirretroviral significa para você?» foram analisadas a partir de uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O *corpus* textual foi dividido em 688 segmentos de texto (STs), relacionando 2,487 palavras que ocorreram 23,426 vezes (média de ocorrência = 9.41). A CHD reteve 82.85% do total de STs, gerando 6 classes.

Conforme a Figura 1, num primeiro momento o *corpus* «tratamento» foi dividido em dois *sub-corpus*. Num segundo momento o *sub-corpus* a direita foi dividido em dois, obtendo-se assim a classe 4 e 3. Num terceiro momento, em oposição as classes 4 e 3, originaram-se as classes 6, 2, 1 e 5. Após isto ocorreu uma quarta partição que dividiu a classe 6 em oposição as classes 2, 1 e 5. E por último ocorreu uma partição entre as classes 2 e 1 em relação classe 5.

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

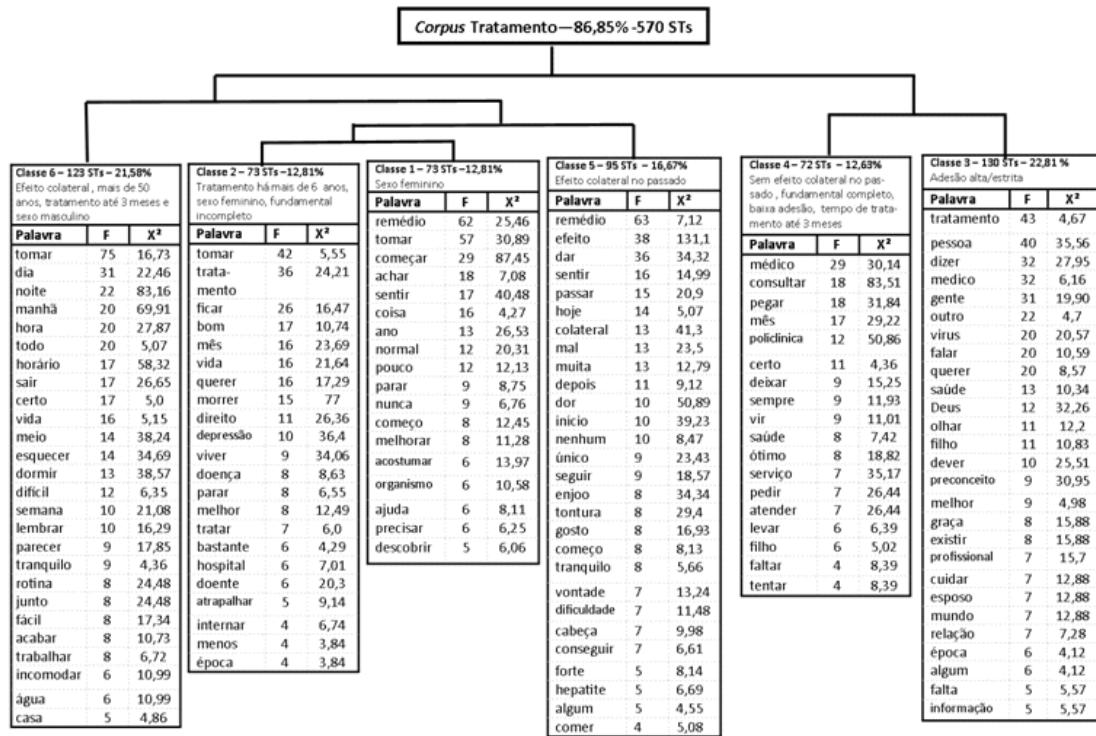


Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus «Tratamento Antirretroviral»

A classe 4, composta por 72 STs (12.63%), foi constituída principalmente por participantes sem efeito colateral no passado, com nível fundamental completo de escolaridade, baixa adesão e tempo de tratamento até 3 meses. As falas dos entrevistados em um primeiro momento apontam para a satisfação com o tratamento realizado, por meio da palavra «ótimo» que utilizam com frequência para referirem-se a ele, conforme pode ser observado no seguinte extrato: «para mim é ótimo, porque eu estou bem graças a Deus, meus exames mostraram que eu estou bem. Eu tomo meu remédio regularmente todos os dias, o remédio é fornecido gratuitamente e eu venho pegar sempre nas datas marcadas a coisa» (sexo masculino, 49 anos).

Por outro lado, os entrevistados também referem nesta classe as dificuldades de acesso ao tratamento centralizado em um único local de atendimento as pessoas que vivem com HIV/Aids. Relatam que tais dificuldades

surgem em ter que pegar ônibus e sair de seu bairro para ir ao centro da cidade consultar ou retirar a medicação. Tais deslocamentos implicam em custos financeiros e atrasos e ou faltas ao trabalho. Como descrito por um homem de 47 anos: «é difícil pegar ônibus para vir para o centro, trazer as crianças e pegar remédio e tal, agora eu estou sem tomar a um mês já, às vezes eu fico sem tomar».

A classe 3 (130 STs; 22.81%) foi constituída principalmente por participantes que obtiveram escore de adesão alta/estrita na escala de adesão aplicada. Eles referem à necessidade de seguir corretamente as prescrições médicas para garantir sua saúde, conforme pode ser observado no extrato a seguir: «para mim o tratamento significa mais tempo de vida e saúde, porque eu conheço gente que tem há mais de 30 anos a doença e ainda está vivo porque toma direitinho o remédio» (sexo feminino, 24 anos).

\* brigido.camargo@yahoo.com.br  
\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com  
\*\*\*\* larisapk@hotmail.com

A classe 6, composta por 123 STs (12.58%), associada aos homens com mais de 50 anos, com efeito colateral e com tempo de tratamento até 3 meses; descreve o tratamento voltado para a tomada de medicação e às mudanças ocorridas na rotina diária por conta da inclusão dos remédios e exames no dia-dia, como descreve este homem de 50 anos: «já procuro justamente consumir nos horários que são fáceis para mim, então são sempre os mesmos horários todos os dias, então não tem como escapar e esquecer, então é uma rotina que eu faço agora na minha vida, mas que não me atrapalha em nada».

Já a classe 5 (95 STs; 16.67%), associada aos participantes que referiram ter efeito colateral no passado, traz relatos de efeitos colaterais do tratamento, associando-os como causa para interrupções da tomada da medicação, como exemplificado nesta fala: «eu quero fazer o tratamento certinho para eles me terem com saúde, mas eu tenho efeito colateral horrível do remédio, dá muita tontura, náuseas, pesadelos. Não consigo dormir, então está me dando insônia e vômitos» (sexo feminino, 31 anos).

Composta por 73 STs (12.81%), a classe 2, é representada por pessoas que vivem com o HIV/Aids há mais de 6 anos, do sexo feminino e com o ensino fundamental incompleto. O tratamento surge como uma perspectiva de sobrevida e uma condição para o planejamento de atividades futuras. A depressão também aparece relacionada a esta classe, e é descrita como uma barreira para o tratamento, já que a mudança no estilo de vida e as limitações decorrentes do tratamento provocam sentimentos negativos, como os descritos por esta mulher de 42 anos: «então às vezes dá umas quedas em mim, e eu quero é morrer e daí eu paro de tomar o remédio, mas agora que nasceu o meu filho tudo mudou, agora que faço o meu tratamento direitinho, porque eu tenho um motivo para viver».

Por último a classe 1, composta por 73 STs (12.81%), é característica das pessoas do sexo feminino que descrevem as dificuldades do início do tratamento, mas o tempo prolongado de tratamento faz com que a rotina da medicação se torne «normal», como pode ser exemplificado a seguir: «eu já me acostumei a tomar o

remédio, eu tomo, para mim é normal. Só lembro quando as pessoas falam para mim, é como se eu não tivesse nada, uma vida normal» (sexo feminino, 37 anos).

Em uma análise complementar de similitude, conforme Figura 2, pode-se observar que o termo remédio organiza a concepção de tratamento; ou seja, a rotina e os efeitos colaterais desta medicação fazem parte da vida destas pessoas que vivem com HIV/Aids, e por consequência trazem mudanças nas relações sociais e familiares. O que desperta sentimentos ambivalentes em relação ao tratamento, tanto de satisfação com o elemento «ótimo» quanto de tristeza pela condição sorológica, manifestado pelos relatos de depressão e o medo da morte.

Pode-se concluir que para estes participantes o tratamento é representado a partir de duas concepções: no grupo com alta adesão, ele é incluído na rotina diária e a pessoa passa a encarar sua vida como uma vida normal, ou seja, de alguém que possui uma doença crônica e precisa se tratar para garantir sua saúde. Por outro lado, para as pessoas com baixa e média adesão, surge uma representação social do tratamento que gera sofrimento pela mudança da rotina e pelos efeitos colaterais devastadores.

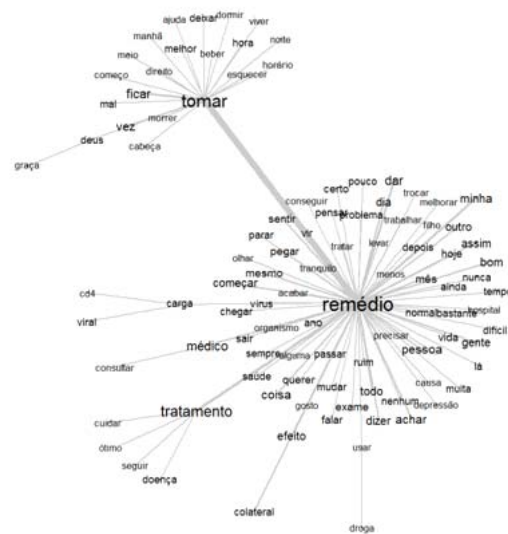


Figura 2. Análise de similitude sobre o corpus «Tratamento Antirretroviral»

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\* andreabs@gmail.com

LIBERABIT: Lima (Perú) 20(2): 229-238, 2014

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

## Discussão

Os participantes do estudo estavam em tratamento antirretroviral há uma média de 5 anos e 3 meses. São pessoas adultas com média de idade de 40 anos. Na relação entre idade e nível de adesão, observou-se que na faixa etária jovem (entre 18 e 29 anos) concentrava-se o grupo de baixa adesão, mesmo que esta associação não tenha sido significativa, estudos demonstram, que pessoas que vivem com HIV/Aids com idade inferior a 40 anos, tem maior dificuldade na adesão ao tratamento antirretroviral (Lignani, Greco & Carneiro, 2003; Nemes, Carvalho & Souza, 2004). De acordo com Bartelet (2002) estudos que investigaram associação entre variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, etnia e renda) e adesão, tem encontrados resultados controversos.

Observou-se uma diminuição dos efeitos relacionado ao tratamento antirretroviral com o passar do tempo, mas não foi encontrada associação entre efeito colateral e adesão ao tratamento, embora tal associação tenha sido encontrada em outros estudos (Bennett, 1988; Chesney et al., 2000; Paterson et al., 2000).

A relação com a equipe de saúde, principalmente com médico foi considerada boa por 75% dos entrevistados. Tal aspecto tem sido considerado fundamental para uma boa adesão (Chesney et al., 2000; Roberts & Volberding, 1999; Tuldra et al., 2000). Para Caprara e Rodrigues (2004) um bom relacionamento entre profissional e paciente possibilita um efeito de satisfação e qualidade da atenção em saúde exercendo influencia positiva sobre o estado de saúde do paciente. Portanto pode ser um fator positivo na motivação das práticas necessárias ao tratamento. Além disso, mostrar-se acolhedor e respeitar os questionamentos e motivações do paciente em relação ao seguimento do tratamento são fatores apontados na literatura como benéficos à adesão terapêutica (Leite & Vasconcelos, 2003).

Com relação à escala de adesão aplicada, observou-se que a população estudada apresenta predominantemente uma adesão insuficiente/regular ao tratamento antirretroviral. Para garantir o tratamento farmacológico e seus benefícios, um cumprimento insuficiente ou baixo está relacionado com a criação de resistências ao medicamento

e fracasso no tratamento. Vale ressaltar que, em termos de práticas de atenção à saúde, é necessária uma boa adesão, neste caso uma adesão estrita e que foi apresentada por apenas 22.7% das pessoas que fazem tratamento neste estudo.

De acordo com Stroebe e Stroebe (1995) nos comportamentos de saúde, muitas vezes os fatores internos representam uma grande ameaça, pois em muitos casos mesmo sabendo da necessidade de realizar um determinado comportamento favorável à saúde, a pessoa tem dificuldade de realizar as práticas de saúde necessárias; no caso desta pesquisa as dificuldades descritas pelos participantes estão relacionadas à rotina rígida do tratamento e os efeitos colaterais decorrentes da medicação.

Quanto às representações sociais do tratamento antirretroviral, a partir dos dados da pesquisa, pode-se pensar em duas concepções, a primeira relacionada a uma vida normal mantida pela ideia central de uso contínuo e regular dos medicamentos, por meio de uma rotina rígida, ideia esta compartilhada pelas pessoas com uma alta adesão ao tratamento. Já a segunda, representa o tratamento como algo que gera sofrimento e isolamento social, mais característica de pessoas com baixa/inadequada e insuficiente/regular.

Esses sentimentos relacionados ao tratamento estão relacionados a concepção da doença, pois segundo Galvão (2009) a pessoa que vive com HIV/Aids é vista como alguém condenada ao sofrimento e à morte, ao isolamento e à tristeza, já que a Aids é vista como uma sentença de morte tanto física quanto social.

Quando relacionamos representações sociais e adesão ao tratamento, pode-se pensar, a partir da concepção de Jodelet (2001), que o indivíduo ao organizar uma visão coerente do objeto, no caso deste estudo o tratamento antirretroviral, elabora ou adota representações sobre o fenômeno, que se constituem em um saber prático e que guiam as ações e os comportamentos dos indivíduos. Essas representações estão presentes nas práticas de saúde, e o trabalho preventivo e informativo em conjunto com a equipe de saúde, podem amenizar os efeitos do tratamento. Estratégias que envolvam os profissionais de

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com



saúde e as pessoas que vivem com HIV/Aids, por meio de grupos de discussão, material informativo, vídeos informativos, ou seja, proporcionar interação e espaço de escuta e troca entre os diferentes atores sociais (Bousfield & Camargo, 2011) envolvidos no processo de adesão ao tratamento. Diante disso, as práticas relacionadas à adesão ou não adesão devem ser analisadas em seus determinantes individuais e também coletivos.

## Referências

- Bartelet, J. A. (2002). Addressing the challenges of adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 29(1), 2-10.
- Bennett, J. (1988). Helping people with Aids live well at home. *Nurs Clin North Am*, 23(4), 731-48.
- Bonolo, P. F., César, C. C., Acúrcio, F. A., Ceccato, M. G., Pádua, C. A., Álvares, J., Campos, L. N., Carmo, R. A. & Guimarães, M. D. (2005). Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *Aids* 19 (4), 5-13.
- Bousfield, A. B. S. & Camargo, B. V. (2011). Divulgação do Conhecimento Científico sobre Aids e Representações Sociais. *Acta Colombiana de Psicología*, 14, 31-45.
- Brasil (1996). Presidência da República. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Seção 1, p. 1.
- Brasil (2013). *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Ministério da Saúde. Brasília, Ano II, 1, dezembro de 2013.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino & S. M. Nóbrega (Eds.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora da UFPB.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Cardoso, G. P. & Arruda, A. (2005). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 151-162.
- Carvalho, C. V., Duarte, D. B., Merchán-Hamann, E., Bicudo, E. & Laguardia, J. (2003). Determinantes da aderência à terapia antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 593-604.
- Carvalho, C. V., Merchán-Hamann, E. & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40, 555-565.
- Chesney, M. A., Morin, M. & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med*, 50(12), 599-605.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 365, 493-505.
- Desai, N. & Mathur, M. (2003). Selective transmission of multidrug resistant HIV to a new born related to poor maternal adherence. *Sexual Transmission Infections*, 79, 419-421.
- Ferreira, D. C. & Favoreto, C. A. O. (2011). A análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(3), 917-936.
- Filho, M. P. S., Luna, I. T., Silva, K. L. & Pinheiro, P. N. C. (2012). Pacientes vivendo com HIV/Aids e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 33(2), 139-145.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Galand, C. & Salès-Wuillemin, E. (2009). *Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. Sociétés*, 105(3), 35-44.
- Galvão, A. C. (2009). *Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Grangeiro, A., Teixeira, L., Bastos, F. & Teixeira, P. (2006). Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 40, 60-69.
- Herzlich, C. (2004). Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2), 383-394.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão (L. Ulup, Trad.). In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Leite, S. N. & Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Lignani, L., Greco, D. B. & Carneiro, M. (2003). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 495-501.
- Lowe, S. H., Prins, J. M. & Lange, J. M. A. (2004). Antiretroviral therapy in previously untreated adults infected with the human immunodeficiency virus type I: established and

\* brigido.camargo@yahoo.com.br

\*\*\* agiacomozzi@hotmail.com

\*\* andreabs@gmail.com

\*\*\*\* larissapk@hotmail.com

- potential determinants of virological outcome. *The Netherlands Journal of Medicine*, 62, 424-440.
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D. & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 87-93.
- Morin, M. (2004). *Parcours de Santé*. Paris: Armand Colin.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: P.U.F. (Originalmente publicado em 1961).
- Moscovici, S. (1982). On social representations. Em J. P. Forgas. *Social Cognition*. London: Academic Press.
- Nascimento-Schulze, C. M. & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas de psicologia. Ribeirão Preto*, 8(3), 287-299.
- Nemes, M. I. B., Carvalho, H. B. & Souza, M. F. M. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*, 18, 15-20.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C. et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*, 133(1), 21-30.
- Polejack, L. & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1201-1208.
- Leite, L. H. M., Papa, A. & Valentini, R. C. (2011). Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/Aids. *Rev Nutr*, 24(6), 873-881.
- Ratinaud, P. & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de «gros» corpus et stabilité des «mondes lexicaux»: analyse du «CableGate» avec IraMuTeQ. Em *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles* (pp. 835-844). Presented at the 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. *JADT 2012*, Liège.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Remor, E., Milner-Moscovics, J. & Preussler, G. (2007). Adaptação Brasileira do «Questionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública*, 41, 685-694.
- Roberts, K. J. & Volberding, P. (1999). Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS*, 13(13), 1771-1778.
- Sousa, P. K. R., Torres, D. V. M., Miranda, K. C. L. & Franco, A. C. (2013). Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/Aids em falha terapêutica. *Rev Bras Enferm*, 66(2), 202-207.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1995). Determinantes do comportamento de saúde: uma análise a nível de psicologia social. In W. Stroebe & M. Stroebe (Orgs.) *Psicologia social e saúde* (pp. 31-71). Lisboa: Instituto Piaget.
- Torres, T. L. & Camargo, B. V. (2008). Representações sociais da Aids e da terapia-retroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 64-78.
- Tuldra, A., Furnaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayés, R. B. S., Arnó, A. A. P. & Balagué, M. (2000). Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 25(3), 221-228.
- WHO - World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Switzerland: Publications.

\* Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

\*\* Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

\*\*\* Professora Doutora do Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

\*\*\*\* Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.