

ADESÃO E AIDS: ALGUNS FATORES INTERVENIENTES¹

Argéria Maria Serraglio Narciso²
Maria Angela Silveira Paulilo³

Resumo

Este trabalho aborda a adesão dos pacientes em saúde, particularmente ao tratamento anti-retroviral de pessoas com aids. Sintetiza as discussões encontradas na literatura pesquisada e as conclusões apontam para os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: aids, adesão, terapia anti-retroviral.

Introdução

Desde o início da epidemia até o final da década de 80, pouco se podia fazer aos doentes de aids, uma vez que as medicações existentes eram apenas para o tratamento de algumas infecções oportunistas e a morte do paciente era freqüente com curta sobrevida. O fato de lidar com a morte era uma angústia presente entre os profissionais, visto que deparávamos constantemente com a finitude da vida.

Foi em 1991, quando surgiram os primeiros medicamentos AZT, DDI e, posteriormente em 1996, com a terapia anti-retroviral, conhecida como “coquetel”, que deu-se nova perspectiva e outra dimensão da doença, ou seja, de que

¹ Estas reflexões fazem parte da dissertação de mestrado que se encontra em fase de elaboração.

² Assistente Social do HURNPR/AHC e mestranda do curso de Serviço Social e Política Social-UEL.

³ Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela Puc-São Paulo, Professora do Depto de S.Social-Uel e orientadora desta dissertação.

havia possibilidade de tratamento e que as pessoas poderiam viver com qualidade.

O Brasil foi o primeiro país do Terceiro Mundo que iniciou a distribuição universal dos medicamentos, via política pública de saúde. Dessa forma, a profilaxia de algumas doenças oportunistas, o desenvolvimento da terapêutica anti-retroviral combinada e o uso de drogas mais potentes têm conseguido não só aumentar o tempo de vida, como ainda melhorar a qualidade de vida. Com isso avançou-se muito em relação ao tratamento e reduziu-se consideravelmente o número absoluto de óbitos e internações (Ministério da Saúde, 2000).

Os anti-retrovirais atuam diretamente no processo de entrada do vírus na célula e na sua replicação, fazendo com que a multiplicação do HIV seja reduzida e, com isso, diminui-se a quantidade de vírus no organismo, retardando o desenvolvimento da doença. Cada medicamento age numa determinada etapa da reprodução do vírus, de modo a impedir a sua replicação nas células de defesa CD4, evitando a formação do vírus ou fazendo com que ele saia “defeituoso” da célula, de modo a perder a sua capacidade detectável.

Hoje, as alternativas são tantas que cientistas são unânimes em dizer que a aids está perto de se tornar uma doença crônica. Apesar disso, até o momento, nem o “coquetel”, nem uma vacina elimina o vírus totalmente do organismo, porém, o seu uso correto pode manter a replicação do vírus abaixo do nível de detecção, o que impede o desenvolvimento de infecções oportunistas.

É nítido que houve um avanço considerável no tratamento desta epidemia, a partir da introdução da terapia anti-retroviral a doentes de aids em nosso país. Um dos desafios para os profissionais de saúde tem sido, no entanto, buscar a adesão dos pacientes aos esquemas preconizados, visto que a não-adesão compromete tanto a efetividade do tratamento como a disseminação de uma epidemia por determinados tipos de vírus

multidrogas resistentes. Cabe dizer que a não-adesão tornou-se tema candente dos debates na área, dado ao alto número de pacientes não aderentes.

A 12^a Conferência Internacional de Aids ocorrida em 3 de julho de 1998, em Genebra na Suíça, mostrou claramente as dificuldades que as pessoas com HIV/aids, apresentavam em relação à adesão à terapia anti-retroviral (Cadernos Pela Vidda, 1998), e a preocupação dos profissionais de saúde com este fato.

A baixa aderência aos anti-retrovirais pode repercutir negativamente em três dimensões: em relação ao paciente, uma vez que prejudica a resposta à terapêutica e conseqüentemente à evolução clínica da doença; na equipe de saúde, pois interfere na avaliação dos resultados, gerando frustração e até diminuição do investimento da equipe no paciente; e no sistema de saúde, que pode levar o paciente a submeter-se a procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e de custos elevados.

Fizemos, no ano de 2000, um levantamento de dados preliminares com pacientes que recebiam ARVs (anti-retrovirais) cadastrados na Farmácia do Ambulatório do Hospital de Clínicas e os dados demonstraram que, dos 295 pacientes com aids em uso da terapia anti-retroviral, apenas 57 compareceram regularmente na farmácia para retirar a medicação todos os meses do ano. Os demais não compareceram durante um, dois ou mais meses, o que significa a interrupção da medicação. Partindo desta referência, buscamos realizar um estudo mais aprofundado para identificar as causas da não-adesão e, nesse sentido, estamos em fase de coleta de dados de uma pesquisa qualitativa para conhecimento dos fatores intervenientes na adesão à terapia anti-retroviral.

Este trabalho sintetiza o resultado de pesquisa bibliográfica encontrada na literatura pesquisada sobre os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento, anti-retroviral.

Vários estudos evidenciam que o baixo índice de adesão tem relação direta com a piora do estado de saúde do paciente. No cotidiano profissional, evidenciava-se a constatação

freqüente de desenvolvimento de infecções oportunistas em pessoas que não usavam a terapia, ou usavam de forma incorreta, tornando-se mais propensas a internações, e colocando-se muitas vezes em risco de vida. Tais constatações motivaram a busca de um referencial teórico mais aprofundado, aliado a uma pesquisa empírica voltada para identificar e analisar as causas da não adesão.

Heller retrata que o nosso cotidiano é heterogêneo e muito amplo, sendo impossível darmos conta de todas as coisas. O que temos que fazer é o exercício de homogeneizar, “fazer uma suspensão”, extrair de uma dada realidade algo a que se possa dedicar um olhar mais aprofundado (HELLER, 1970).

Foi com esta perspectiva investigativa que buscamos apreender “algo mais” daquilo que estava posto na imediatividade, buscando traduzir, no cotidiano concreto, elementos que propiciassem um conhecimento mais aprofundado sobre os fatores que facilitam ou dificultam a adesão ao tratamento de pacientes com aids.

Com base em pesquisas e trabalhos existentes na área, passamos a conhecer o problemática da adesão não só relacionada à aids, como também a outras doenças crônicas. Estudos vêm demonstrando que entender melhor os fatores associados e os determinantes da adesão em nossa realidade é um dos principais passos para incrementar estratégias de intervenção nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2000).

Adesão ao tratamento em doenças crônicas e AIDS

A não-aderência a qualquer tipo de cuidado de saúde é amplamente reconhecida na literatura como objeto científico complexo de estudos, existindo atualmente uma discussão mais ampliada desta questão, principalmente associada a doenças crônicas, nas quais, a não-realização do tratamento indicado expõe, por vezes, as pessoas a potenciais riscos de vida.

Vários estudos demonstram que sistematicamente algum grau de não aderência costuma ocorrer nos tratamentos e existe a constatação de que a não-aderência (em algum grau) é uma questão universal e ocorre tanto nos países ricos como nos países pobres (NEMES, 2000).

A adesão ao tratamento tem sido estudada em várias doenças, com destaque para as crônicas como: diabetes, tuberculose, hipertensão arterial, asma, doenças psiquiátricas e aids.

Na literatura médica, existem várias interpretações de adesão, que vão desde o conceito tradicional referente ao paciente que cumpre regras, “obedecendo” às prescrições médicas, até o entendimento de que adesão é um processo que envolve uma decisão autônoma da pessoa:

o termo inglês “adherence” vem se disseminando nos estudos por expressar melhor o sentido de “concordância autônoma” (ou patient empowerment) do doente ao tratamento. Já o termo mais tradicional “compliance” está mais próximo da idéia de cumprimento de regras (JORDAN et al., 2000, p. 7).

O termo “adesão”⁴, em português, tem-se tornado o termo preferido por se aproximar mais do sentido de “concordância autônoma”. O termo “aderência”, apesar do sentido menos abstrato, será utilizado como sinônimo, por ser amplamente utilizado na mídia e entre os profissionais.

Adesão significa o ato de aderir, e aderência tem se tornado o termo preferido, devido à sua implicação de uma colaboração entre o paciente e o profissional, sendo considerado como uma atividade conjunta, na qual, o paciente não apenas obedeça as orientações médicas, mas entenda, concorde e siga a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve existir uma

⁴ Adesão de acordo com a Enciclopédia Aurélio, significa:- ato de aderir; aderência. ;assentimento, aprovação, concordância.; manifestação de uma idéia a uma causa; apoio.

“aliança terapêutica” entre o médico e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.15).

A literatura apresenta uma ampla dimensão de fatores que estão diretamente relacionados à não-aderência aos regimes terapêuticos em doenças crônicas e aids. Embora esses fatores encontrem-se distribuídos em categorias distintas, muitos deles se interpõem e são multidimensionais, dada a complexidade da temática, e envolvem o paciente, a equipe de tratamento e o serviço de saúde.

Adesão tem sido quase sempre apontada como um fator que se relaciona ao paciente; porém, existem vários fatores que se relacionam entre si e ao paciente, como o contexto em que vive; os profissionais de saúde que o assistem e o local onde realiza seu tratamento, entre outros.

Diversos fatores multi-relacionais interferem; portanto, na aderência relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde.

Fatores relacionados ao paciente

Nas revisões de literatura realizadas por Jordan (2000), são apresentados como fatores relacionados à pessoa sob tratamento:

Fatores socio-demográficos

A maioria dos estudos não aponta como preditoras de aderência em doenças crônicas as condições socio-econômicas (COAMBS et al. 1995). Embora se saiba que pessoas extremamente pobres evidentemente não dispõem de recursos nem sequer para ter acesso à alimentação.

Mehta et al. (1997) realizaram um estudo com não-brancos e concluíram que a variável condição econômica baixa

relaciona-se com menor aderência. Gonçalves et al. (1999) apontam, como causas de não adesão, os seguintes fatores: características sócio-demográficas, fatores culturais, crenças populares, relação custo/benefício, aspectos físicos e químicos da medicação, interação entre médico e paciente.

O trabalho de maior impacto realizado até o momento, sobre aderência aos anti-retrovirais, no Brasil, foi no estado de São Paulo e evidenciou que as condições econômicas possuem relação direta com a aderência. Em pacientes que ganhavam de um a três salários mínimos, a prevalência da não-aderência foi de 34,2%; entre os que recebiam de três a seis salários foi de 26,9%; entre aqueles com mais de seis salários mínimos, a prevalência da não-aderência foi de 16,1% (NEMES 2000, p. 2).

O que se constata é que a aids aparece como um problema a mais para os países de terceiro mundo, cuja desigualdade social é cada vez maior, em razão de políticas neoliberais de ajustes sociais, que têm elevado as taxas de desemprego, aumentando consideravelmente o índice de subemprego. Soares (2001, p.35) apresenta a discrepância das desigualdades sociais:

O fenômeno que indica a maior desigualdade na distribuição de renda na maioria dos países latino-americanos, nesta última década, foi a acentuação da disparidade entre o rendimento de 40% das famílias mais pobres –que não chega a atingir a metade da renda média nacional –do rendimento de 10% das famílias mais ricas que recebe mais de quatro vezes essa média.

A partir das décadas de 1980 e 1990, a crise econômica na América Latina cresceu de forma avassaladora por conta das políticas de ajustes. As conseqüências disso foram altos índices de desemprego, aumento de subemprego, aumento do emprego “informal” e o aumento da população em situação de indigência⁵.

⁵ Situação de indigência baseia-se apenas no valor de custo da cesta básica de alimentos Soares (2001).

Referem Jordan et al. (2000, p.12):

No Brasil, reconhece-se uma tendência de aumento de registro de casos novos entre pessoas de menor grau de escolaridade, o que torna mais urgente a necessidade de investigação mais aprofundada dessa questão.

Temos aí um grande desafio: como implementar estratégias de adesão às populações que se encontram em situação de indigência?

Shimma (2000, p. 35) relata uma experiência a partir de um projeto desenvolvido com pessoas que usam anti-retrovirais, moradores de rua em São Paulo, e ressalta que, se existe uma estrutura de serviços com alimentação e atendimento médico como referência, é possível trabalhar a aderência com estes segmentos marginalizados de forma a obter maior adesão ao tratamento.

A escolaridade é um outro fator que tem demonstrado relação direta com adesão. Nemes (2000) observou, numa pesquisa, a associação de baixa escolaridade com baixa aderência. O grupo de escolaridade menor do que primeiro grau apresentou uma prevalência de não-aderência de 39,5%, e os que possuíam 1º grau completo uma prevalência de 29%. No grupo que possuía o 2º grau completo, a taxa de não-aderência foi de 16,5%.

Nos estudos relativos às doenças crônicas, o fator sexo não tem evidenciado associação com a aderência, consoante informação de Burmann et al. (1997) e Corden et al. (1997). Em relação ao uso dos anti-retrovirais em aids, esta associação tampouco tem sido evidenciada. (MEHTA et al., 1997).

No entanto, o aumento de casos de aids em mulheres, com a perspectiva de feminização da doença, tem identificado que a questão de gênero merece maiores estudos, visto que muitas mulheres dedicam-se aos cuidados dos filhos e não fazem o seu próprio tratamento (JORDAN, 2000, p.13).

No que se refere à idade, existe um certo consenso na literatura, segundo a qual, em doenças crônicas, a aderência

aumenta com a idade, exceto no caso dos idosos acima de 75 anos, devido provavelmente à frequência de múltiplas doenças e à complexidade dos regimes terapêuticos (MEHTA et al, 1997). Porém, há um outro extremo, conforme adverte Nwosu (1997), pessoas mais jovens tendem a ser menos aderentes, devido à dificuldade de conciliar o tratamento com modos de vida.

Uso de drogas/álcool

A associação entre uso de álcool e menor aderência já é motivo de vários estudos. Em relação à tuberculose, existe um alto índice de pacientes que não completam o tratamento, devido ao alcoolismo (WILLIAM, 1997).

Com relação à aids, Stone (1998) analisou um grupo de homens que fazem sexo com homens e usam álcool recreacional, e não encontrou diferença quanto à aderência. No entanto, na pesquisa coordenada por Nemes (2000), entre os pacientes que referiam ter “ficado alto” com bebida no último mês, a prevalência de não-aderência foi de 47,5%, ao passo que as pessoas que referiam que não se embriagaram, a prevalência de não-aderência foi de 28,5%.

A maioria dos trabalhos que investiga o uso de drogas e HIV está voltada para grupos específicos, principalmente para os usuários de drogas injetáveis (UDI), que apresentam uma menor taxa de aderência (MEHTA et al, 1997), Ickovics e Meisler (1997). Porém, Elderly (1996) salienta que não se pode generalizar a afirmação de que os usuários de drogas injetáveis são menos aderentes, pois muitos deles trabalham e mantêm uma vida “normal”. Esta questão parece estar mais relacionada ao estilo de vida do que propriamente ao uso de drogas.

Já o estudo coordenado por Nemes (2000) investigou a história e o uso atual de drogas injetáveis e constatou que a prevalência de não aderência é superior a 52,8%, entre aqueles que informaram terem usado cocaína injetável, pelo menos uma vez no último ano e, entre os que não injetavam drogas, a não aderência foi de 30%.

Transtornos psiquiátricos

Um outro fator que pode interferir na adesão são questões relacionadas à saúde mental, quando o distúrbio emocional parece ser um fator que diminui a capacidade de adesão de um paciente a esquemas complexos.

Embora diversos estudos apresentem não haver diferença nas taxas de adesão com problemas psiquiátricos, Jordan et al. (2000, p.15), citando Cramer e Rosenhed (1998), Ortega et al. (1997), referem que há menor aderência de pessoas com quadros depressivos e ansiedade. Contudo, muitas vezes, o distúrbio emocional, mesmo sem diagnóstico de doença mental, pode diminuir a capacidade de adesão.

Além dos fatores assinalados acima, existem outros fatores que podem interferir na aderência, como, por exemplo, o fato da pessoa morar sozinha (HAIKITIS, 1998). O contrário acontece, ou seja, aumenta a aderência, o fato do paciente contar com suporte emocional, prático e social.

Crenças negativas/religiões

Embora esta categoria não seja investigada com frequência na literatura que aborda adesão, este fator é importante, à medida que a crença que o paciente possui, ou desenvolve, interfere diretamente na adesão ou não, na opinião de Melchior (2000):.pacientes que acreditam na eficácia do tratamento tenderão a ser mais aderentes. Por outro lado, as crenças religiosas, que “prometem” a cura da doença, têm sido fator negativo que leva ao abandono do tratamento.

Fatores associados à doença

A aderência ou não das pessoas com doenças crônicas está muitas vezes associada aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento, Singh et al. (1996) demonstram, em um estudo de

paciente com tuberculose, a associação entre melhora dos sintomas e abandono de tratamento.

Em relação à aids, as pessoas assintomáticas, que não experimentaram nenhum sintoma, ou se sentem bem, podem ser tentadas a suspender a medicação. E quando surgem sintomas durante o uso dos ARVs, estes podem ser atribuídos aos medicamentos Eldred (1998).

Pacientes com história de infecções oportunistas, com apresentação de um quadro severo de enfermidade, tendem a ser mais aderentes do que os pacientes assintomáticos.

Fatores relacionados ao tratamento

A relação entre esquema terapêutico e aderência é extremamente complexa e, quanto ao tratamento, duas características interferem: o tempo de tratamento e o tipo do regime terapêutico.

Segundo Jordan et al. (2000), em doenças crônicas, as taxas de adesão diminuem com o tempo de tratamento. Evidencia-se esta associação de maior tempo de tratamento e menor adesão também com o tratamento dos anti-retrovirais. Vale lembrar que uma das características importante da aids é que trata-se de uma doença com evolução lenta, tornando-se crônica em jovens e, com isso, o problema tende a se agravar.

Quanto ao tipo de tratamento, a revisão de literatura realizada pela mesma autora evidenciou que a complexidade do esquema de tratamento, como no caso do HAART⁶ que envolve grande número de medicamentos, doses freqüentes e restrições alimentares, interfere diretamente na adesão.

⁶ Highly Active Antiretroviral Therapy- Terapia anti-retroviral altamente potente, que pressupõe pelo menos um inibidor de protease

Uma outra dificuldade amplamente estudada é o fato do paciente “esquecer” de tomar a medicação, sendo este o motivo mais frequentemente apontado como causa da omissão de doses, e de acordo com SANTOS:

[...] a prática tem evidenciado que é importante que o profissional de saúde fique atento para isto. O “esquecimento” pode muitas vezes estar ligado a fatores, como por exemplo a não aceitação do diagnóstico. (SANTOS, 2000, p. 26).

Para alguns pacientes, a grande quantidade de comprimidos e o cumprimento rígido de horário fazem com que eles se lembrem da doença a todo momento e esta lembrança perturba a vida cotidiana no plano pessoal, profissional e social.

Além disso, a aids traz ao ser humano duas questões centrais: a sexualidade e a morte, acrescidas de um elemento aterrorizante que é a transmissão. Para muitos pacientes, a introdução dos anti-retrovirais significa o “início do fim”, pois se deslocam da condição de soropositivos para doentes de aids. O início do tratamento é um divisor de águas entre a vida e a proximidade da morte.

Outros fatores dificultam a adesão ao tratamento, por parte do paciente, além do esquecimento, como, por exemplo, não se sentir à vontade no local onde se encontra para ingestão do medicamento, sentir-se bem e, em consequência disso, se abandona o tratamento, mas o inverso também acontece, ou seja, a interrupção, devido ao incômodo causado pelos efeitos colaterais dos medicamentos., “férias” da medicação em situações como: festas, feriados, viagens, finais de semana), dificuldades financeiras, religiosas entre outras, também acontecem. Melchior (2000).

Não obstante pareça que menos de 50% dos pacientes com doenças crônicas apresentam adesão total ao seu tratamento, aqueles que acreditam na eficácia do tratamento serão mais aderentes. Se os pacientes entenderem o propósito do

tratamento, e o porquê da necessidade das medicações, tenderão à fazê-lo com melhor adesão. Muitas pessoas optam por não tomar as medicações ou não aderem bem ao tratamento devido à crença de que as medicações não são necessariamente benéficas. Essas crenças surgiram de alguma experiência pessoal ou de amigos com o uso do AZT, no início da epidemia.

Fatores relacionados aos serviços de saúde

Estudos demonstram que a aderência pode aumentar ou não, dependendo do atendimento recebido por profissionais e da capacitação que estes possuem para lidar com adesão.

Um aspecto importante, que interfere na adesão, é a forma como são realizadas as prescrições médicas e as orientações fornecidas ao paciente. A esse respeito, Camargo et al. (1991) citam os estudos de Fink et al. (1969), de Gardner e Watson (1970). Santos (2000), destaca a importância da relação médico-paciente:

Assim como em outras enfermidades, a relação médico-paciente pode, por si só, representar um instrumento terapêutico. Ela é capaz de construir a aceitação de um regime terapêutico prescrito e facilitar a aderência ao mesmo. A confiança constitui um elemento chave desse processo. E também possibilita que o paciente se torne sujeito do seu próprio tratamento (SANTOS 2000, p.20).

O papel dos serviços de saúde é extremamente importante na adesão e, a disponibilidade de diálogo, a comunicação, a negociação por parte do serviço possibilitam uma relação aberta, já que a adesão é um caminho de várias vias.

Amplia-se o entendimento de adesão, e devido às suas múltiplas dimensões, surge um novo paradigma de adesão, ou seja, um modelo que passa a ser construído entre paciente, equipe e serviço de saúde.

Com base nas discussões em torno da adesão, têm sido sugeridas, algumas estratégias para melhorar a aderência ao tratamento em doenças crônicas e aids, construída pelo seguinte tripé: paciente, profissionais e serviços de saúde.

As estratégias, até então construídas, têm sido: estudo de casos, oficinas interdisciplinares, grupos de adesão, com o objetivo de acolher o paciente, na perspectiva de fazê-lo, mudar a sua condição, levando-o a se tornar sujeito do processo.

Uma das atividades realizadas em nosso serviço foi a realização de uma oficina sobre adesão voltada para os três serviços que prestam assistência a portadores de aids em Londrina, entre os quais, o Hospital Universitário/AHC. Como já estávamos envolvidos com a temática, e diante das trocas de experiências entre os profissionais, esta atividade propiciou um novo olhar, uma nova forma de entender a adesão, visto que, mais importante do que o usuário aderir, é ter uma equipe aderente e aberta para entender a individualidade de cada pessoa. Como perspectiva teleológica, temos que intensificar ações que vislumbrem a humanização no atendimento, propiciando um novo significado do paciente como sujeito total.

Conclusão

A epidemia de aids está envolta em um campo imaginário de representações individuais e coletivas. O papel da equipe é determinante na percepção interdisciplinar do indivíduo, no respeito às idiossincrasias de cada paciente, na busca de qualidade de vida e cidadania, na visão individual de sujeito da própria história e no equilíbrio entre a atenção dada ao paciente e as exigências clínicas do tratamento. Estes desafios tornam-se cada vez maiores em nosso trabalho.

Referências Bibliográficas

BURMANN, W. J.; et al. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis-epidemiology and effect the outcome of treatment. *Chest* n.111 p.1168-73,1997.

CADERNOS PELA VIDDA ano VIII – n. 26, mar, São Paulo. 1998.

CENTRO INTEGRADO DE DOENÇAS INFECCIOSAS. Setor de Epidemiologia. *Relatório de Notificações de casos de Aids. Londrina, 2000.*

CAMARGO, E.A. et al. Cooperação do paciente com seu regime terapêutico. *Semina*, v.12, n. 2, p.75-78, jun.1991.

COAMBS, R.B. et al.. *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences and health costs of non-compliance & inappropriate use of medication in Canadá*, University of Toronto Press, 1995.

CORDEN, Z.M. et al. Home nebulized therapy for patients with COPD- Patient compliance with treatment and its relation to quality of life. *Chest* n.112 p.1278-82, 1997.

ELDERLY, L. Medication adherence to long-term therapy in HIV disease. In: *XI INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS. VANCOUVER*, 1996. Abstract Mo. B. 1165.

FERREIRA, A.B.H *Novo Aurélio Século XXI* : O dicionário da língua portuguesa 3 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1999.

GONÇALVES, H. et al. *Adesão à Terapêutica de tuberculose em Pelotas*, Rio Grande do Sul : na perspectiva do paciente. Caderno saúde pública; v.15,n.4, p.777-87, out.-dez.1999.

HAIKITIS, P.et al. Factors related to protease inhibitor (PI) adherence among sexually active men-who-have-sex-with-men. In *12 th World AIDS Conference, Geneva*, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n.60192.

HELLER, A. *O Cotidiano e a História*, São Paulo: Paz e Terra, 1970.

ICKOVICS,R. J.; MEISLER, W.A. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and care. *J. Clin. Epidemiol.* v.50, n.4, p.385-391,1997.

JORDAN, M. S. et al Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS : Revisão da literatura médica..In TEIXEIRA PR; PAIVA V; SHIMMA E, (Organizadores) *Tá difícil de Engolir?*, São Paulo: Nepaids, 2000. p.5-25.

LEMES, C. *Trégua Ameaçada*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 1998, 18 p.

MELCHIOR, R. *Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids*: uma análise qualitativa. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/ Coordenação Nacional de dst/aids. *Boletim Epidemiológico de Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/ Coordenação nacional de dst/aids. *Boletim Epidemiológico de Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/ Coordenação nacional de dst/aids. *Boletim Epidemiológico de Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001- ISSN: 1517-1159.

MEHTA, S. et al. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, n.11, p.1665-1670, 1997.

NEMES, M. I. B. et al. *Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Usuários de Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo*, Brasília, 2000.

NWOSU, C. M.; NWOSU, S. N. Socio cultural factors in leprosy: implications for control programmes in the post leprosaria abolition years in Nigeria. *West Afr J Med*. v.16, n.3, p. 126-32, 1997.

ORTEGA, F. P. et al. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso em pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Clin Esp*, n.197, p. 163-166, 1997.

SANTOS, D.F. *Vivendo com HIV/AIDS*: cuidado, tratamento e adesão na experiência do Grupo com vida, 2001. Dissertação (Mestrado) UFRJ, Instituto de Medicina Social, 2001.

SHIMMA. E. Apoio aos moradores de rua permite adesão aos anti-retrovirais. In: TEIXEIRA PR; PAIVA V.; SHIMMA E. (Organizadores) *Tá difícil de Engolir?* São Paulo: Nepaids, 2000. p. 135-137.

SINGH, N.; et al. Determinants of compliance with anti-retroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS care* v.8,n.3, p. 262-269,1996.

SOARES, L.T.R. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

STONE, V.E. et al. Adherence to protease inhibitor(PI) therapy in clinical: usefulness of demographics, attitudes and Knowledge as predictors. In: *12 th World Aids Conference*, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva 1998, n 32337.

TEIXEIRA P.R. et al. *Tá difícil de engolir?* Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000.p.5-25.

WILLIAM J. et al. Noncompliance With Directly Observed Therapy for Tuberculosis, 1997; *Clin Inves*. n.111 p. 1168-73.