



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Layla Tatiane Côco

**Adesão ao tratamento da Hepatite C - o papel das
variáveis sociodemográficas e psicológicas: revisão
integrativa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Coorientador: Prof. Dr. Giovanni Faria Silva

**Botucatu
2016**

LAYLA TATIANE CÔCO

Adesão ao tratamento da Hepatite C - o papel das variáveis sociodemográficas e psicológicas: revisão integrativa

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Coorientador: Prof.Dr. Giovanni Faria Silva

**Botucatu
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Côco, Layla Tatiane.

Adesão ao tratamento da Hepatite C - o papel das variáveis sociodemográficas e psicológicas : revisão integrativa / Layla Tatiane Côco. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Coorientador: Giovanni Faria Silva

Capes: 40600009

1. Hepatite C - Tratamento. 2. Hepatite C - Aspectos psicológicos. 3. Demografia. 4. Revisão.

Palavras-chave: Adesão do paciente; Aspectos psicológicos; Hepatite C; Indicadores demográficos; Revisão.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LAYLA TATIANE CÔCO

Adesão ao tratamento da Hepatite C - o papel das variáveis sociodemográficas e psicológicas: revisão integrativa

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Coorientador: Prof.Dr. Giovanni Faria Silva

Comissão Examinadora

Profa. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. Fernando Gomes Romeiro
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

Botucatu, 06 de setembro de 2016.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que por meio dos afetos e dos encontros me inspiraram e me fizeram capaz de sonhar e voar sempre!

Agradecimientos

Gratidão, Gratidão, Gratidão!

Agradeço à minha querida orientadora Ana Teresa por me acolher, ensinar, confiar e, principalmente, propiciar vivenciar ao seu lado seu amor e dedicação tanto a Psicologia quanto a Saúde Coletiva, me sinto IMENSAMENTE privilegiada por todas as oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional que me proporciona. A história deste mestrado foi permeada por mudanças, acontecimentos felizes, frustrações, inquietações, mas a todo instante estive ao meu lado e juntas construímos um lindo caminho neste mestrado que apontou para direções futuras ainda mais floridas.

Ao meu coorientador Giovanni Faria Silva, agradeço por tanto me ensinar sobre Hepatite C ao longo de todos esses anos.

À equipe da Gastroclínica agradeço por o acolhimento desde o aprimoramento e fico muito feliz e tenho IMENSO orgulho em fazer parte desta equipe.

Às gastrogirls: Danusa, Renata Dallaqua, Paula Ramos, Laila e a caçula Aline. Com vocês pude partilhar minha formação e construção desta dissertação de mestrado, obrigada por todas as trocas e tudo que vivenciamos juntas.

À todos com quem convivi no aprimoramento e enquanto psicóloga do HC. Sou grata a todos os pacientes e profissionais do HC-FMB, todos, todos, sem exceção!!!! Em especial, minha querida amiga Lívia Santos, iniciamos esta caminhada juntas e seu carinho e apoio em todo esse processo é fundamental e de uma sensibilidade incrível.

Gratidão a todos da Saúde Coletiva, professores, alunos e demais profissionais, foi sensacional o aprendizado e estar na Saúde Coletiva me confirmou, definitivamente, o caminho profissional o qual quero trilhar.

Minha família Botocuda, Luana e Eloísa GRATIDÃO por essa amizade linda, parceria no aprimoramento, no mestrado, na vida e por serem as melhores tias que o Lucas poderia ter!!!! Minha história de vida em Botucatu é formada por histórias maravilhosas ao lado de vocês. Essa família cresceu muito ao longo destes anos né? Guilherme, Tamiris e Laila vocês fazem parte desta família e sou imensamente grata.

Aos meus meninos, Rafael e Lucas obrigada por esta família tão linda e feliz. Completamos dez anos juntos este ano meu amor, mais uma vez você esteve ao meu lado diante deste sonho, me incentivando, mostrando minhas potencialidades!!! Durante o mestrado engravidei e até o último momento da gestação estive as voltas com as aulas, com minha dissertação e você ao meu lado. Em julho de 2015, nosso Luquinhas nasceu e minhas prioridades foram atravessadas por um novo começo, um amor infinito. Você, meu filho, me transmitiu paz, harmonia e isso me inspirou ainda mais para concluir esta dissertação de mestrado com a mesma paixão do início.

À família Côco: Marcelo, Teresa, Brunno, Helo. Pai e mãe, obrigada por tudo. Tias/tios, especialmente tia Dani, Mineiro, Theo, Jojo e Zach, mesmo seguindo um caminho distante “fisicamente” de vocês, em todos os momentos me apoiaram com todo amor e dedicação. Obrigada por todos os ensinamentos que me guiam e guiaram durante todo meu mestrado.

Epígrafe

A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.
Nesse ponto
sou abastado.
Palavras que me aceitam
como sou
— eu não aceito.
Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.
Eu penso
renovar o homem
usando borboletas.

(Manoel de Barros)

Resumo e Abstract

RESUMO

CÔCO, L. T. **Adesão ao tratamento da Hepatite C - o papel das variáveis sociodemográficas e psicológicas: revisão integrativa. 2016.** Dissertação, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2016.

Introdução: Adesão ao tratamento refere-se a um comportamento ativo do paciente em relação à doença e ao tratamento compartilhando as decisões com o profissional de saúde. Considera-se a adesão um fenômeno resultante da interação de fatores de diferentes naturezas que afetam diretamente o comportamento do paciente: fatores relacionados ao indivíduo; fatores sociais, econômicos; fatores relacionados ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde e ainda os fatores relacionados à doença e ao tratamento. **Objetivo:** Este estudo propõe-se a realizar uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional sobre fatores associados à adesão ao tratamento da Hepatite C, com especial ênfase aos fatores psicológicos e sociais. **Método:** Foram estabelecidas as várias fases deste estudo, segundo o procedimento proposto: elaboração da pergunta de pesquisa, estabelecimento dos critérios para seleção da amostra, apresentação das características das pesquisas selecionadas, análise dos dados, interpretação dos resultados e a síntese da revisão. Realizou-se busca dos artigos nas bases de dados: Medline, Web of Science, Cinahl, Lilacs, Psycinfo, Scopus e Scielo. Foram incluídos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos 2000 a 2016 e excluídos os artigos que não foram considerados pertinentes ao objeto de estudo. **Resultados:** Obteve-se um *corpus* com 14 artigos, totalmente estrangeiro, publicado em inglês, nos anos de 2001 a 2015, majoritariamente indexados no Medline, o método quantitativo predominou entre as pesquisas selecionadas (onze artigos) em relação aos qualitativos (três artigos). As variáveis psicológicas pesquisadas em relação à possível associação com a adesão/não adesão ao tratamento de Hepatite C, nos estudos quantitativos, foram: presença de sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão, raiva, hostilidade, transtornos psiquiátricos, autoeficácia, ainda foram investigados funcionamento social, problemas interpessoais e comportamentos relacionados à saúde. Esses estudos avaliaram também a possível influência na adesão ao tratamento de características sociodemográficas: idade, ocupação, escolaridade, sexo, etnia, apoio social e ainda o uso de álcool e outras drogas (abstinência e tratamento). Entre estes fatores foi verificada associação significativa entre não adesão e presença de transtornos psiquiátricos, sintomas de depressão, ansiedade fóbica, comportamento hostil, intrusividade, uso regular de substâncias, idade (ser mais jovem), desemprego, não estar em relacionamento estável. Já as variáveis associadas estatisticamente com adesão ao tratamento foram iniciar medicação psiquiátrica durante o tratamento, comportamentos relacionados à saúde (dieta e comportamento alimentar), menor distância do centro de tratamento, genótipo 3, coinfectado HIV e sem tratamento anterior. Também foram avaliados três estudos qualitativos em que foram apontadas e discutidas como barreiras e como facilitadores da adesão ao tratamento: percepção das experiências com o tratamento, presença de estigma, apoio social, estratégias de enfrentamento, sistemas de crenças, medo e ansiedade. **Conclusões:** Conhecer os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento da Hepatite C é extremamente importante,

seja pela gravidade da doença, pelo aumento de sua incidência, pela complexidade e custo do tratamento que exige adesão completa para se obter RVS, além do impacto pessoal e social dessa doença e de seu tratamento, que faz da Hepatite C um problema de saúde pública. Considera-se que a relevância desta revisão está ainda em apontar a necessidade de se ampliarem as pesquisas sobre o papel das variáveis psicológicas e sociodemográficas e sobre as características da comunicação com os profissionais de saúde que possam favorecer melhor adesão. Pesquisas com esse intuito, ainda tão ausentes na literatura, poderão contribuir para o desenvolvimento de programas psicoeducativos para que se amplie a adesão aos tratamentos hoje disponíveis.

Palavras-chave: Adesão do paciente; Hepatite C; Revisão; Aspectos Psicológicos; Indicadores Demográficos.

ABSTRACT

CÔCO, L. T. **Adherence to Hepatitis C treatment - the role of socio-demographic and psychological variables: an integrative review.** 2016. Dissertation, Graduate in Public Health, Medicine College of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brazil, in 2016.

Introduction: Adherence to treatment refers to an active patient behavior regarding the disease and treatment by sharing decisions with the health professional. Adherence is considered a phenomenon resulting from the interaction of factors of different nature that directly affect patient behavior: factors related to the individual; social and economic factors; factors related to health care and health care professionals and also factors related to the disease and treatment. **Objective:** This study aims to carry out an integrative review of national and international literature of factors associated with adherence to treatment of hepatitis C, with special emphasis to psychological and social factors. **Method:** We establish the various stages of this study according to the proposed procedure: the development of the research question, establishment of criteria for sample selection, presentation of the characteristics of the selected research, data analysis, interpretation of results and a summary of the review. A search of articles was conducted in the following databases: Medline, Web of Science, CINAHL, Lilacs, Psycinfo, Scopus and Scielo. Complete articles were included, in Portuguese, English and Spanish, published between 2000 and 2016, and articles considered not relevant to the object of study were excluded. **Results:** Obtained a corpus with 14 totally foreign articles published in English between 2001-2015, mainly indexed in Medline, the quantitative method predominated among the selected studies (eleven articles) against three articles using the qualitative method. The psychological variables studied in relation to the possible association with adherence/non-adherence to treatment of hepatitis C, in the quantitative study were: presence of psychological symptoms such as anxiety and depression, anger, hostility, psychiatric disorders, and self-efficacy, but social functioning, interpersonal problems, behaviors related to health and quality of life were also investigated. These studies also assessed the possible impact on treatment adherence of sociodemographic characteristics: age, occupation, education, gender, ethnicity, social support and even the use of alcohol and other drugs (abstinence and treatment). Among these factors there was significant association between non-adherence and presence of psychiatric disorders, symptoms of depression, phobic anxiety, hostile behavior, intrusiveness, regular substance use, age (being younger), unemployment, not being in a stable relationship. The variables statistically associated with adherence to treatment were: starting psychiatric medication during treatment, health-related behaviors (diet and eating behavior), shorter distance from the center of treatment, genotype 3, HIV co-infected and treatment first timers. Three qualitative studies were also evaluated and the barriers and facilitators of adherence to treatment were identified and discussed: perception and experiences with treatment, presence of stigma, social support, coping strategies, belief systems, fear and anxiety. **Conclusions:** Knowing the factors that can interfere with adherence to hepatitis C treatment is extremely important because the severity of the disease, the increase in incidence, the

complexity and cost of treatment that requires full adherence to achieve SVR in addition to the personal and social impact of the disease and its treatment, which makes it a public health problem. It is considered that the relevance of this review is still to point out the need to expand research on the role of psychological and social variables on the characteristics of communication with health professionals who can promote better adherence. Research to this end, yet so absent from the literature, may contribute to the development of psychoeducational programs to broaden adherence to currently available treatments.

Keywords: Patient Adherence, Hepatitis C, Review, Psychological Aspects, Demographic Indicators.

Lista Figura e Quadros

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos trabalhos avaliados.....51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição do número de publicações selecionadas segundo as bases de dados consultadas.....53

Quadro 2 – Distribuição dos artigos publicados segundo o periódico.....53

Quadro 3 – Síntese dos estudos analisados: fatores associados a adesão/não adesão54

Quadro 4 – Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento74

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV	Human Immunodeficiency Virus
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VHC	Vírus da Hepatite C
RVS	Resposta Viroológica Sustentada
CH	Cirrose
CHC	Carcinoma Hepatocelular
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PBE	Prática Baseada em Evidências
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
SCID-I	Structured Clinical Interview-I
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Four Edition
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PHQ	Patient Health Questionnaire
GFD	Grupo Focal de Discussão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Adesão ao tratamento: aspectos conceituais.....	23
1.2	Adesão ao tratamento de doenças crônicas.....	25
1.3	Fatores relacionados à adesão ao tratamento.....	25
1.3.1	<i>Fatores relacionados ao indivíduo e fatores sociais e econômicos</i>	26
1.3.2	<i>Fatores relacionados ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde</i>	31
1.3.3	<i>Fatores relacionados à doença e ao tratamento</i>	32
1.4	Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento.....	33
1.5	Hepatite C Crônica.....	34
1.5.1	<i>Diagnóstico</i>	36
1.5.2	<i>Tratamento</i>	37
2	JUSTIFICATIVA	41
3	OBJETIVOS	43
3.1	Objetivo Geral	43
3.2	Objetivos Específicos	43
4	MÉTODO	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6	SÍNTESE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
	APÊNDICES	91
	APÊNDICE 1 – Estratégia de busca.....	91

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Pessoas e sociedade por meio de suas vivências, acúmulo de experiências e conhecimentos passam por transformações ao longo dos séculos. A partir da Revolução Industrial, no século XVIII, transformações políticas, econômicas, científicas, sociais e culturais contribuíram significativamente para importantes modificações nas características da sociedade atual (REINERS et al., 2008; ARAÚJO, 2012; DUARTE; BARRETO, 2012).

No início do século XIX as modificações no modo de viver dos indivíduos foram acompanhadas por considerável redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e mudança do perfil epidemiológico da população, levando a alterações na qualidade de vida das pessoas (REINERS et al., 2008; MENDES et al., 2012).

Mudanças no perfil epidemiológico, segundo Schramm et al. (2004, p.898), referem-se “às transformações ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população e que, em geral, ocorrem em conjunto com as demais transformações demográficas, sociais e econômicas”. Os autores ressaltam, no entanto, que as transformações não acontecem de forma homogênea, ou seja, não ocorrem ao mesmo tempo em diferentes regiões, na mesma velocidade e sequência (SCHRAMM et al., 2004).

A transição epidemiológica caracterizou-se pela evolução de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias para outro em que prevalecem doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade (ARAÚJO, 2012; DUARTE; BARRETO, 2012). Cesse (2007) resalta que as doenças crônicas possuem como características que as definem um curso clínico, em geral, longo e permanente, e interação de fatores etiológicos genético-ambientais, tendo como os principais fatores de risco os associados ao estilo de vida da população, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e abuso de álcool, tornando-se de abordagem complexa.

Diante deste novo perfil de doenças crônicas, surgem questões sobre o fenômeno do adoecimento e exigências de um tratamento complexo, Calvetti, Giovelli e Gauer (2012) analisaram as contribuições da Psicologia da Saúde para compreensão da adesão ao tratamento e qualidade de vida em indivíduos que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida

(HIV/Aids) sob a perspectiva do modelo biopsicossocial. Mas consideram importante para esta reflexão contextualizar o modelo biomédico, presente hegemonicamente na maior parte das práticas em saúde. Esse modelo compreende o processo saúde e doença de forma limitada, propondo que qualquer doença pode ser explicada por alterações especificamente no processo fisiológico, além de não considerar os recursos do paciente e as formas como cada um vivencia sua doença, questões que podem contribuir em seu processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e estão diretamente relacionadas com o pensamento e compreensão sobre adesão ao tratamento.

No século XX, surge o modelo biopsicossocial e sob esse modelo, surgem as contribuições da Medicina Psicossomática, Medicina Comportamental e nas décadas de 70 e 80 as contribuições da Psicologia da Saúde, transformando o olhar e a compreensão sobre a relação mente e corpo, considerando os comportamentos dos indivíduos e suas consequências sobre a doença e a saúde (CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012). Essa mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, ainda em curso, ressalta a importância do comportamento do paciente diante do adoecimento e a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais sobre a etiologia, manifestação sintomática e em seu tratamento (YÉPEZ, 2001; CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012; THOMAS; CASTRO, 2012).

Desta forma, a mudança na análise do processo de adoecer vem contribuindo para a reflexão e atuação sobre o quadro atual do aumento de prevalência das doenças crônicas, que, frequentemente, implica na modificação dos hábitos de vida e também na necessidade de recorrer a métodos terapêuticos (OMS, 2003; SCHRAMM et al., 2004; VRIJENS et al., 2012). Ao propor uma terapêutica medicamentosa e orientações sobre desejáveis mudanças de comportamento, o profissional da saúde tem a expectativa de que seus pacientes apresentem aceitação e adesão às mesmas. No entanto, os comportamentos dos pacientes podem diferir do proposto e desejável já que, muitas vezes, as pessoas acometidas podem não entender as recomendações, compreendê-las de forma errônea, ignorar, não aceitar as orientações ou não conseguir segui-las, o que se observa como fatores importantes para o controle das doenças crônicas. A não adesão ao tratamento pode ocasionar complicações médicas e psicossociais comprometendo a qualidade de vida dos pacientes (OMS, 2003; MARTIN et al., 2005; OBRELI-NETO et al., 2012).

Como citam Leite e Vasconcellos

[...] a relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia. E se o paciente não adere? Por que isso acontece? Será que o paciente sabe o que é aderir ou tem consciência da questão? (2003, p.776).

1.1 Adesão ao tratamento: aspectos conceituais

O estudo da adesão ao tratamento é permeado por muita diversidade devida à falta de uniformidade na literatura com relação ao conceito, terminologia empregada e diferentes medidas de avaliação da adesão ao tratamento. Essa ausência de padronização tem impedido comparações de resultados de pesquisas e limitado a implementação de procedimentos e ações eficazes para se aumentar a adesão nas práticas em saúde (DIMATTEO; DINICOLA, 1982; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; MARTIN et al., 2005; VRIJENS et al., 2012).

O conceito de adesão atual preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, refere-se a um comportamento ativo do paciente em relação à doença e ao tratamento, compartilhando as decisões com o profissional de saúde. A OMS (2003) ressalta não ser suficiente pensar apenas em adesão medicamentosa, visto que a assistência ao paciente com doenças crônicas é multidimensional, exigindo uma atuação multiprofissional e com múltiplas possibilidades de intervenções. Assim sendo, deve-se pensar em adesão também no que se refere às propostas de mudanças no estilo de vida, na dieta e na prática de atividade física.

Com relação à terminologia, diversos estudos ressaltam que os principais termos empregados nas pesquisas sobre o tema *compliance*, *adherence*, *cooperation*, *persistence*, *concordance* são usados alternadamente, revelando visões diferentes sobre o comportamento do paciente diante de um tratamento e da relação entre o paciente e o profissional de saúde (DIMATTEO; DINICOLA, 1982; SARMENTO, 2001; MARTIN et al., 2005; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; GUSMÃO; MION JR, 2006; VRIJENS et al., 2012).

Um estudo de revisão sistemática de Vrijens et al. (2012) analisou os artigos encontrados em cinco bancos de dados no período de 1961 a 2009 (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, the Cochrane Library e PsycINFO), utilizando os termos *patient compliance* e *medication adherence* com o objetivo de avaliar os termos e definições

utilizados para descrever o comportamento do paciente diante da prescrição de medicamentos. A análise final, que incluiu 146 artigos, apontou na literatura pesquisada o uso mais frequente dos termos *patient compliance*, e *medication adherence*, seguidos do termo *persistence*.

Compliance refere-se ao estudo da relação médico-paciente e todos os aspectos que influenciam no comportamento do paciente com relação ao tratamento. Segundo o estudo de Vrijens et al. (2012) a primeira definição do termo *compliance* foi realizada por Sackett & Haynes em 1976, e *compliance* foi definido como a medida em que o comportamento do paciente (em termos de medicações, dietas ou outras mudanças de estilo de vida) coincide com a prescrição clínica. Leite e Vasconcellos (2003) e outros estudos ao discutir os significados adotados pelos autores sobre adesão ao tratamento sugerem o caráter negativo do termo *compliance*, pois o mesmo pressupõe um comportamento passivo, sem autonomia do paciente diante das orientações (SARMENTO, 2001; DIAS et al., 2011; VRIJENS et al., 2012). Com essa mesma visão de uma relação passiva do paciente diante de uma orientação, o termo *concordance*, em português concordância, tem sido utilizado como sinônimo de conformidade (DIMATTEO; DINICOLA, 1982; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; GUSMAO; MION JR, 2006; DIAS et al., 2011; VRIJENS et al., 2012).

O termo *adherence*, vem do latim *adhaerere*, que significa agarrar-se, manter-se perto ou permanecer constante. No dicionário de Oxford (2005) *adherence* é definida como "a persistência em uma prática ou princípio; observância estável ou manutenção", termo esse proposto como alternativo ao termo *compliance* e *concordance*, e utilizado para identificar uma aliança terapêutica entre paciente e profissional, ressaltando a corresponsabilidade para o estabelecimento do próprio plano de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; GUSMAO; MION JR, 2006; DIAS et al., 2011; SILVA et al., 2011; VRIJENS et al., 2012).

Leite e Vasconcellos (2003) diante da reflexão sobre os conceitos e pressupostos da literatura sobre adesão ressaltam que:

[..] muitos estudos no campo dos medicamentos ainda desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e "ressignificações" sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p.781).

Analisando-se o conceito e terminologia adotados na literatura, evidencia-se que é necessário aprofundar o estudo do comportamento do paciente diante do diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, sob a perspectiva de adesão compreendida como “comportamento ativo do paciente em relação à doença e ao tratamento, compartilhando as decisões com o profissional de saúde” (OMS, 2003).

1.2 Adesão ao tratamento de doenças crônicas

Segundo a OMS (2003) e Dias et al. (2011), portadores de doenças crônicas são os que menos aderem às recomendações terapêuticas do profissional da saúde, já que os tratamentos para essas doenças exigem adesão regular e a longo prazo, mais do que o exigido das pessoas que vivenciam doenças agudas. A OMS (2003) estima que a prevalência de não adesão ao tratamento de doenças crônicas nos países desenvolvidos pode aproximar-se de 50%, ou seja, metade dos indivíduos que necessitam de tratamento regular não seguem as prescrições e adverte que esse número, provavelmente, é maior nos países em desenvolvimento.

1.3 Fatores relacionados à adesão ao tratamento

Calvetti, Giovelli e Gauer (2012) ressaltam a importância do modelo biopsicossocial para compreender a adesão ao tratamento, por englobar uma visão do indivíduo tanto em seus aspectos biológicos (tipo de medicação, efeitos colaterais), como em sua subjetividade (personalidade, estresse, níveis de ansiedade e depressão e qualidade de vida), assim como por considerar fatores sociais que podem interferir na adesão, como características sociodemográficas e apoio social.

A adesão ao tratamento é entendida, portanto, como um fenômeno multidimensional, resultante da interação de fatores de diferentes naturezas que afetam diretamente o comportamento do paciente em relação às recomendações referentes ao tratamento proposto. A OMS (2003) agrupa esses fatores em:

1. Fatores relacionados ao indivíduo;
2. Fatores sociais, econômicos;
3. Fatores relacionados ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde;
4. Fatores relacionados à doença;

5. Fatores relacionados ao tratamento.

1.3.1 Fatores relacionados ao indivíduo e fatores sociais e econômicos

Desta forma, entre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento estão as características intrínsecas do paciente, ou seja, sua percepção da doença, sua expectativa de autoeficácia (crença de ser capaz de executar e de obter êxito em determinados resultados), sua personalidade, seus mecanismos e estratégias de enfrentamento, resiliência (qualidade de resistência e de perseverança do ser humano em face das dificuldades da vida), sua autoestima, suas crenças, além de alterações comportamentais, sintomas psicológicos, abuso de álcool e outras substâncias e presença de transtornos psiquiátricos (OMS, 2003; REINERS et al., 2008; ALMEIDA; PEREIRA; FONTOURA, 2012).

Outros fatores relacionados à adesão ao tratamento são os sociais e econômicos como etnia, nível de escolaridade, situação profissional, condições habitacionais, crenças, estigma, apoio social (OMS, 2003; REINERS et al., 2008).

Diante do adoecimento e do seu tratamento é fundamental conhecer a percepção que os doentes têm de sua doença e as implicações desta no seu cotidiano familiar, social e profissional, já que esta percepção pode alterar sua capacidade de aceitação e adaptação, influenciando o modo de enfrentamento e, desta forma, interferindo na adesão ao tratamento (GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011; ALVES et al., 2012). Segundo Gomez, Gutierrez e Moreira (2011, p.926) “a percepção da doença pode ser definida como a forma que os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e à doença levando em consideração suas experiências individuais e coletivas”.

Horne (2008) ressalta que apesar da variabilidade e complexidade das ideias dos pacientes sobre seu tratamento, as crenças relacionadas à medicação podem ser agrupadas em duas categorias: percepções de necessidade e preocupações sobre os efeitos negativos.

O modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal (OMS, 2003) é uma importante perspectiva teórica sobre adesão. Esse modelo entende autorregulação do comportamento como as tentativas conscientes de modular pensamentos, emoções e comportamentos, no sentido de alcançar objetivos diante

de uma situação de mudança (CAMERON; LEVENTHAL, 2003; NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016).

Assim, segundo esse modelo, diante de diagnóstico de uma doença, os indivíduos criam os seus próprios modelos e representações cognitivas. Esses modelos e representações são crenças culturais de determinada comunidade que o indivíduo tem sobre a doença (GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011; NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016). Desta forma, as representações cognitivas resultam das vivências prévias de adoecimento e de tratamentos e podem englobar os aspectos de identidade da doença, seus sintomas, causas (ideias acerca das causas responsáveis pelo estado de doença), consequências (prognóstico clínico, social e psicológico da situação), progressão e cura/controle. As representações podem também ser emocionais, como as manifestações de medo, ansiedade, depressão, representações que, juntamente com as representações cognitivas, serão determinantes na adoção das estratégias de enfrentamento (CAMERON; LEVENTHAL, 2003; GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011; NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016). As representações cognitivas permanecem armazenadas como memórias de acontecimentos, conhecimentos e habilidades para evitar ou tratar a doença (GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011; NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016).

Assim, ao descobrir uma doença, o indivíduo passa por um processo de adaptação à mesma e ao vivenciar algum sintoma inicia-se um processo cognitivo e subjetivo no qual o indivíduo compara esse sintoma com o modelo que possui sobre a doença. Possuir crenças negativas, informações inadequadas ou poucas informações sobre a doença, sintomas, tratamento e efeitos colaterais do mesmo afetam a percepção da doença e são sinais de alerta para baixa adesão ao tratamento (GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011).

Além da importância da percepção da doença para adesão ao tratamento, a Teoria Cognitiva Social do psicólogo canadense Bandura enfatiza a importância dos pensamentos dos indivíduos sobre si mesmos e das suas capacidades para motivação, ação e reações emocionais diante de diversas situações, entre elas, o tratamento de uma doença (AMARAL, 1993; TÉLLEZ, 2004; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

Bandura (1977; 2012) utiliza o termo autoeficácia para definir a convicção do indivíduo em sua capacidade de executar com sucesso determinada ação, reunindo

recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais, o que funciona como um mediador cognitivo entre o conhecimento e a ação. Quatro fontes parecem estar relacionadas à autoeficácia: experiências de domínio pessoal de desempenho, experiências por meio da observação das ações dos outros, influências sociais e estados emocionais e fisiológicos (BANDURA, 1977; AMARAL, 1993; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010; BANDURA, 2012;). Amaral (1993) ressalta que as fontes por si só não influenciam a autoeficácia, mas sim como essas experiências são interpretadas cognitivamente pelo indivíduo.

A autoeficácia é variável, já que a vida humana é constituída por uma multiplicidade de atividades, e cada atividade apresenta diferentes graus de dificuldade e ocorrem em circunstâncias situacionais variadas, o que leva o indivíduo a apresentar magnitude (nível de dificuldade inerente a atividade), força (grau que o indivíduo acredita ser capaz de realizar satisfatoriamente esta mesma atividade) e generalização (capacidade de cada indivíduo em perceber sua autoeficácia na atividade em foco e transferi-la para outras similares em diferentes ambientes) (BANDURA, 1977; AMARAL, 1993).

A expectativa do indivíduo, em relação às suas condições para realizar uma ação, pode também ser pensada com relação à adesão ao tratamento e para se compreender os comportamentos de proteção à saúde, já que nessas situações o paciente precisa organizar-se e implementar seus recursos internos e externos para iniciar e manter a orientação para o tratamento proposto. Assim sendo, é muito importante o conhecimento sobre a motivação dos pacientes para se compreender e estimular suas possibilidades de aderir a um tratamento ou de desenvolver os chamados comportamentos de saúde (LEITE et al., 2002; ARAÚJO; MOURA, 2011).

Avaliar a expectativa de autoeficácia tem como um de seus objetivos buscar um melhor entendimento dos processos relacionados com a motivação dos indivíduos para adotar comportamentos saudáveis e necessários. Quanto mais forte a percepção de autoeficácia, mais ativos serão os esforços do indivíduo para o enfrentamento da situação, abordando as tarefas potencialmente ameaçadoras sem ansiedade e experimentando pouco estresse diante situações difíceis, menos sintomas depressivos, além de usarem melhores estratégias de enfrentamento do que aqueles com baixa autoeficácia (BANDURA, 1977; AMARAL, 1993; LEITE et al., 2002; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Diante de uma baixa autoeficácia o indivíduo pode apresentar poucos esforços, desistindo rapidamente diante de um

desafio (BANDURA, 1977; AMARAL, 1993; BARROS; BATISTA-DOS-SANTOS, 2010).

Outro fator relativo ao indivíduo investigado nos estudos de adesão ao tratamento é a personalidade, determinada pelas características emocionais e comportamentais utilizadas pelo indivíduo nas suas relações, sendo que o comportamento, apesar de ser variável entre os indivíduos apresenta traços constantes (AXELSSON et al., 2011; THOMAS; CASTRO, 2012). Segundo esses autores, a personalidade pode ter um caráter de proteção ou de risco para a adesão, já que a saúde está ligada diretamente à maneira como as pessoas vivenciam suas emoções, em que a personalidade reforça as potencialidades e influencia os comportamentos dos indivíduos. Thomas e Castro (2012) realizaram uma revisão da literatura sobre personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento, tendo como referencial teórico o Modelo dos Cinco Grandes Fatores, este modelo segundo Thomas e Castro (2012, pp.102)

[...] é considerado uma versão moderna da teoria do traço e é composta por fatores que incluem, cada um deles, um conjunto de facetas (subdivisões): 1) Extroversão (surgency)/ facetas: Comunicação, Alti vez, Dinamismo e Interações Sociais; 2) Socialização (agreableness)/ facetas: Amabilidade, Pró Sociabilidade e Confiança nas pessoas; 3) Neuroticismo (neuroticism)/ facetas: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão; 4) Realização (conscientiousness)/ facetas: Competência, Ponderação/Prudência e Empenho /Comprometimento; 5) Abertura (openness)/ facetas: Interesse por novas idéias, Liberalismo e Busca por Novidades

Apesar de poucas pesquisas nesta área, parece haver uma relação entre aspectos da personalidade e adesão e os autores ressaltam que ampliar o conhecimento da personalidade e seu processo dinâmico pode auxiliar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de intervenção (THOMAS; CASTRO, 2012).

A presença de sintomas psicológicos, e dos sintomas depressivos em especial, pode interferir na adesão ao tratamento (WEILER-NORMANN; LOHSE, 2012; MEDEIROS et al., 2014). DiMatteo, Lepper e Croghan (2000) realizaram metanálise visando identificar a associação de não adesão ao tratamento a sintomas de ansiedade e depressão. A busca foi realizada nos bancos de dados PUBMED e Psychlit, no período de 01 de janeiro de 1968 (período escolhido e justificado pelos autores como marco dos primeiros estudos empíricos sobre adesão) até 31 de

março de 1998. Segundo critérios estabelecidos pelos autores, foram incluídos 12 artigos sobre depressão e 13 sobre a ansiedade, que permitiram que Dimatteo, Lepper e Croghan (2000) evidenciassem que, em comparação com pacientes não deprimidos, pacientes deprimidos tiveram três vezes mais chances de não aderirem ao tratamento. Outra metanálise, complementando a revisão anterior, de 1998 a 2009, foi realizada por Grenard et al. (2011) que estudaram a associação de sintomas depressivos e adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas. A análise final incluiu 31 artigos e a chance estimada dos pacientes com depressão serem não-aderentes foi 1,76 vezes maior que as dos indivíduos sem depressão, não havendo diferença com relação às doenças apresentadas.

O apoio social e familiar durante o tratamento também pode contribuir para o sucesso ou fracasso no tratamento, pois uma rede de apoio forte pode favorecer a adesão ao tratamento (DIMATTEO, 2004; CALVETTI; GIOVELLI; GAUER, 2012) O apoio social pode ser definido como a rede de relações de um indivíduo que asseguram sustentação (afetiva, emocional, de informação, etc.) para o enfrentamento de situações cotidianas e situações de conflitos ou estressoras. Nesse sentido o apoio social e familiar tem grande importância no estudo sobre adesão ao tratamento, já que quando o doente se depara com o seu adoecimento, e as diversas mudanças necessárias para um tratamento efetivo, esse suporte pode fornecer informação, apoio emocional, auxiliar no enfrentamento do estresse e na motivação para o tratamento (MALDANER et al., 2008; CALVETTI, GIOVELLI; GAUER, 2012).

O estudo de revisão sistemática da literatura (DIMATTEO, 2004) sobre apoio social e adesão ao tratamento mostrou associação significativa, sendo que a adesão teria 1,74 vezes mais chance de ocorrer no paciente inserido em uma família unida, e 1,53 vezes menos chance em uma família em conflito.

Muitas doenças crônicas estão associadas com o estigma sofrido por seus portadores, manifestando-se por meio da discriminação e preconceito, já que devido à doença são apontados como indesejavelmente diferentes e, desta forma, muitas vezes são excluídos, rejeitados ou desvalorizados. A vivência destas situações pode acarretar sofrimento psíquico importante, prejudicando a aceitação da doença, o convívio com a doença e qualidade de vida (NOOR; BASHIR; EARNSHAW, 2015).

1.3.2 Fatores relacionados ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde

A adesão muitas vezes é considerada por profissionais um fenômeno que se limita ao paciente. No entanto, fatores relacionados ao próprio profissional de saúde e ao serviço de saúde também podem afetá-la (WHO, 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; REINERS et al., 2008).

A comunicação entre paciente e profissional na análise de fatores que contribuem para melhor adesão ao tratamento também se mostra como um importante fator. Esse tema vem sendo discutido há mais de vinte e oito anos por Meichenbaum e Turk (1987). Estabelecer relação de diálogo e escuta sobre as queixas e dúvidas do paciente, sobre as metas terapêuticas, estabelecer negociações em relação à terapêutica, estimular o paciente a conhecer e incorporar o seu compromisso com o cuidado, além de oferecer acolhimento e apoio são ações que contribuem para construção do vínculo profissional/paciente e para a integração do regime terapêutico no cotidiano do paciente, aumentando seu autoconhecimento e cuidado de si e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento (YÉPEZ, 2001; OMS, 2003; REINERS et al., 2008; POLEJACK; SEIDL, 2010).

O Ministério da Saúde Brasileiro (2008) preconiza o acolhimento do usuário como estratégia para facilitar a adesão, e ressalta que “acolher significa apreender, compreender e atender as demandas do usuário, dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade” (2008, pp.22).

Outro fator relacionado ao profissional de saúde é possuir formação ou preparo profissional inadequado, isso pode levar a erros terapêuticos, inabilidade para modificar esquemas de tratamento e avaliação escassa da situação de saúde do paciente e, conseqüentemente, ser um fator de risco para menor adesão ao tratamento (REINERS et al., 2008).

A rotatividade de profissionais no atendimento ao paciente também é um fator muito importante para reflexão sobre adesão ao tratamento, já que para o tratamento é essencial a confiança no profissional de saúde, mas como isso pode ocorrer se o paciente não possui acompanhamento regular com o mesmo profissional da saúde? (REINERS et al., 2008)

A distância do centro especializado para o tratamento em relação à cidade de procedência do paciente pode também ser importante dificultador para o tratamento

e sua adesão, além da burocracia, insuficiência de recursos de profissionais e materiais, ineficiência organizacional relacionados ao serviço de saúde (REINERS et al., 2008; NEMES et al., 2009; SANTOS et al., 2011).

Para melhor compreensão e fortalecimento da adesão ao tratamento, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser respeitados e refletidos na prática em saúde, como preconiza, por exemplo, a diretriz proposta para o tratamento do HIV/Aids (BRASIL, 2007) que reforça o princípio da universalidade no acesso aos serviços e ações de saúde, integralidade do cuidado, equidade e superação de vulnerabilidades específicas, valorização da autonomia e corresponsabilidade no tratamento. Esta diretriz ressalta a importância de atenção integral às necessidades dos pacientes, sem priorização de necessidades biológicas em detrimento de demandas psicossociais ou outras específicas de cada contexto.

1.3.3 Fatores relacionados à doença e ao tratamento

As características da doença e as características do próprio tratamento são fatores que podem interferir na adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; REINERS et al., 2008; CALVETTI; GIOVELLI; GAUER 2012).

Com relação à doença, ser uma doença aguda ou crônica, sintomática ou assintomática, a gravidade dos sintomas, o prognóstico, a incapacidade física ou psicológica decorrentes da doença, a presença de comorbidade e o acesso aos serviços e medicamentos podem afetar a adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; MARTIN et al., 2005; REINERS et al., 2008; DIAS et al., 2009; GOMEZ; GUTIERREZ; MOREIRA, 2011).

Especificamente em relação ao tratamento, a apresentação dos medicamentos (cor, odor, gosto, tamanho, embalagem) também são fatores de risco para não adesão. Por exemplo, o número de comprimidos a ser tomado por dia, as formas de armazenamento dos remédios, os horários em que os remédios deverão ser tomados, as dificuldades para ingestão, tratamentos prévios e os efeitos colaterais podem também ter uma significativa influência na adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; MARTIN et al., 2005; REINERS et al., 2008; CALVETTI, GIOVELLI; GAUER, 2012). Como exemplo sobre a relação da quantidade de pílulas a ser tomada por dia e adesão, Martin et al., (2005) referem queda de 20% na taxa de adesão entre os pacientes que devem ingerir treze ou

mais pílulas por dia. Esse dado mostra-se bastante relevante no tratamento para Hepatite C, já que a terapia tripla com inibidores de protease de 1ª geração (Boceprevir e Telaprevir) exigia a ingestão de em média 12 cápsulas de Boceprevir, por exemplo, mais os comprimidos de Ribavirina (dependente do peso).

Reiners et al. (2008) também evidenciou em sua revisão bibliográfica como fatores determinantes de não adesão a prescrição de esquemas terapêuticos inadequados (medicamentosos ou não medicamentosos) e custo elevado da medicação.

1.4 Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento

Entre as pesquisas na área de adesão ao tratamento há discussões e divergências relativas à melhor forma de se avaliar a adesão ao tratamento, já que não há nenhum método que possa ser considerado padrão-ouro. Os principais métodos existentes para avaliar a adesão são conhecidos como métodos diretos e indiretos, sendo importante ressaltar que referem-se exclusivamente ao tratamento medicamentoso (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; BLATT et al., 2009; NEMES et al., 2009; POLEJACK; SEIDL, 2010; CALVETTI; GIOVELLI; GAUER 2012; OBRELI-NETO et al., 2012).

Entre as medidas indiretas estão o autorrelato, a contagem de pílulas, os registros de farmácia e de prontuários, os dispositivos eletrônicos e o diário do paciente. Os métodos diretos principais são a detecção do medicamento no sangue e o nível sérico terapêutico, como já assinalavam desde a década de 80 Meichenbaum e Turk (1987) e mais recentemente o fazem outros autores (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; BLATT et al., 2009; POLEJACK; SEIDL, 2010; CALVETTI, GIOVELLI; GAUER, 2012; OBRELI-NETO et al., 2012).

Revisão bibliográfica realizada por Rocha (2010) sobre monitoramento de adesão no tratamento de HIV mostrou que 61,5% das pesquisas utilizaram o autorrelato como principal medida para avaliar a adesão, seguida de registros de dispensação em farmácia (7,7%), dispositivos eletrônicos colocados nas embalagens dos medicamentos (5,8%) e combinação de métodos (23,1%). Segundo alguns autores, tais como, Martin et al. (2005) e Obreli-Neto et al. (2012), a utilização de uma combinação de métodos pode possibilitar uma visão clara e precisa de como a terapêutica está sendo seguida, buscando reduzir vieses e limitações de cada

método de avaliação da adesão. No entanto, Obreli-Neto et al. (2012) levantam algumas questões com relação à combinação de métodos

Por exemplo, um paciente, classificado como aderente por um método e como não aderente por outro método, utilizado em paralelo, deverá ser classificado como aderente ou como não aderente? Além disto, faltam dados sobre qual o impacto destas combinações de métodos em relação à sensibilidade e especificidade da avaliação da adesão à farmacoterapia. Isto sugere a necessidade do desenvolvimento de estudos que avaliem combinações de métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia prescrita (2012, p.408).

Além das diferentes formas de monitoramento, as pesquisas na área utilizam diferentes pontos de corte. A não adesão pode decorrer da omissão de uma dose ou de administração de dose extra ocasional, ocorrência de um padrão diferente do prescrito pelo médico ou abandono do tratamento. Um critério utilizado para caracterizar um paciente como aderente é o uso de >80% das doses dos medicamentos, mas no tratamento para HIV muitos consideram um valor maior que 95% (NEMES et al., 2009; POLEJACK; SEIDL, 2010; DIAS et al., 2011).

Silva et al., (2011), chamam atenção que a variação nas taxas de adesão também sofre a influência do tipo de estudo, das diferentes populações estudadas e dos métodos usados para medi-la. Os desenhos de estudo qualitativos para pesquisa sobre adesão ao tratamento também são importantes e por intermédio, por exemplo, da pesquisa participante, da etnografia e de entrevistas abertas, pode-se realizar o estudo de determinados fenômenos relativos à adesão, em profundidade, focalizando fatores sociais, culturais e psicológicos sem medir objetivamente a adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Leite e Vasconcellos (2003) e Santos et al. (2011) discutem a questão de que as pessoas não são aderentes, mas elas estão, em um dado momento, seguindo seu tratamento com maior ou menor facilidade. Nessa perspectiva leva-se em consideração a forma como o indivíduo convive com a doença e com a necessidade de usar continuamente um medicamento, considerando-se não apenas os aspectos biológicos, mas também a dimensão psicossocial do adoecimento.

1.5 Hepatite C Crônica

O vírus da Hepatite C (VHC) é causador de uma doença crônica que atinge o fígado, caracterizada pela inflamação portal, necrose hepatocelular periportal e

fibrose. A manutenção do vírus por mais de seis meses após a infecção a caracteriza como crônica. Entre os indivíduos expostos ao vírus da Hepatite C, cerca de 15% ficam curados espontaneamente sem tratamento, mas 85% dos expostos tornam-se portadores crônicos do vírus (WHO, 2002; ROSA, 2009; VERDUGO; GÓMEZ, 2012).

O vírus foi descoberto no final da década de oitenta por Choo et al., (1989) e pertence ao gênero Hepacivirus da família *Flaviridae* (BARONE, 2008; VISO, 2008; ROSA, 2009). Esse vírus apresenta grande variação em sua sequência genética, sendo classificado em seis grupos principais: genótipo 1 (gt1), genótipo 2 (gt2), genótipo 3 (gt3), genótipo 4 (gt4), genótipo 5 (gt5) e genótipo 6 (gt6). Mundialmente, e no Brasil, estudos evidenciam que os genótipos mais frequentes na população são os gt1, gt2 e gt3, e entre esses, os subtipos 1a e 1b, representando 60% das infecções (WHO, 2002; FERREIRA; SILVEIRA, 2004; BARONE, 2008; CAVALHEIRO, 2008; GHANY et al., 2012; VERDUGO; GÓMEZ et al., 2012). Conhecer o genótipo do vírus é essencial, já que existe uma relação direta entre o genótipo e o tratamento proposto, pois há diferentes respostas aos esquemas terapêuticos utilizados dependendo do genótipo do vírus (WHO, 2002; BARONE, 2008; GARCIA et al., 2012).

A incidência em escala global não é bem conhecida, porque a infecção por este vírus é geralmente assintomática, mas globalmente a morbidade e mortalidade atribuível ao vírus da hepatite C continuam a aumentar, e cerca de 700.000 pessoas morrem anualmente de complicações relacionadas com a Hepatite C (WHO, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), a prevalência da infecção situa-se aproximadamente em 3% da população mundial, desta forma, estima-se que mundialmente o número de indivíduos infectados com Hepatite C ultrapasse 180 milhões. No Brasil, segundo o último estudo de prevalência, de base populacional, das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C, publicado no Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais (2015), a prevalência total estimada até 2014 de casos de Hepatite C no Brasil é de aproximadamente 1.450.000.

A transmissão do vírus acontece por exposição percutânea de sangue contaminado e derivados de plasma. Desta forma, o principal fator de risco para a infecção por VHC é exposição parenteral, principalmente por meio de produtos derivados do sangue e partilha de agulhas entre usuários de drogas injetáveis (OMS, 2002).

Os indivíduos considerados de risco são aqueles que receberam transfusões de sangue e/ou hemoderivados até 1992, já que não havia triagem do vírus nos doadores de sangue (OMS, 2002). Outro risco é o decorrente do uso de drogas intravenosas, risco que vem sendo considerado o mais comum para Hepatite C nos Estados Unidos (OMS, 2002; GHANY et al., 2009; CIOE et al., 2013).

Pessoas expostas a equipamentos médicos ou dentários não esterilizados, que administram ou recebem acupuntura, piercings e/ou tatuagem com uso de equipamentos não esterilizados, portadores de HIV, transplantados, hemodialisados, hemofílicos, presidiários e expostos a parceiro(a) sexual infectado(a) ou múltiplos parceiros sexuais também são considerados de risco (OMS, 2002; FERREIRA; SILVEIRA, 2004; GHANY et al., 2009).

Incomum, mas possível, é a transmissão vertical de mãe para filho, no nascimento. Cerca de cinco em cada cem crianças nascidas de mulheres infectadas pelo VHC podem ser infectadas no momento do nascimento. No entanto, o risco de transmissão aumenta consideravelmente se a mãe é coinfectedada pelo o HIV, possivelmente devido à imunossupressão (OMS, 2002).

Diante destes fatores de risco, os portadores de Hepatite C são pacientes que podem vivenciar o estigma tanto pela doença como pela grande associação com uso de drogas. O estudo de Noor, Bashir e Earnshaw (2015) investigou a vivência do estigma no local de trabalho de pessoas portadoras de Hepatite C. Seus resultados apontaram que o assédio moral no local de trabalho está associado com baixa autoestima por meio do estigma internalizado, ou seja, a percepção destes indivíduos de uma maior desvalorização social diante de uma característica individual pode implicar em crenças e sentimentos negativos associados a essa característica, internalizando-as e diminuindo sua autoestima.

1.5.1 Diagnóstico

A Hepatite C é uma doença assintomática e, por não ser detectada em exames de sangue rotineiros, acredita-se que é uma doença subdiagnosticada no país. A maioria das pessoas (60%-80%) que tem Hepatite C não tem sintomas, até que evidências de insuficiência hepática tornam-se clinicamente aparentes (BRASIL, 2008, WHO, 2016).

O diagnóstico precoce de infecção pelo VHC é importante para se determinar o momento mais adequado para o início de tratamento. Segundo o Ministério da Saúde (2012), entre os indivíduos sem diagnóstico ou sem tratamento, aproximadamente 20% podem vir a desenvolver cirrose (CH) após 20 a 30 anos de evolução da doença. Além disso, pacientes com cirrose tem chances aumentadas para desenvolver carcinoma hepatocelular (CHC), entre 1 e 4% ao ano. Pacientes coinfectados com Hepatite B e os que ingerem álcool parecem ter progressão mais rápida da doença, e pacientes coinfectados apresentam um maior risco de carcinoma hepatocelular (VERDUGO; GÓMEZ, 2012; HAJARIZADEH; GREBELY; DORE, 2013; MAASOUMY; MANN, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

Um estudo sobre a epidemiologia do carcinoma hepatocelular, entre 1998 a 2010, mostrou que 43% dos 215 indivíduos apresentavam Hepatite C e o transplante hepático foi mais frequentemente realizado (70%) em carcinoma hepatocelular relacionado com Hepatite C (OSÓRIO et al., 2013). O VHC é uma das principais causas de doença hepática crônica no mundo e de indicação para transplante hepático nos países ocidentais (GHANY et al., 2012; VERDUGO; GÓMEZ, 2012; HAJARIZADEH; GREBELY; DORE, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

1.5.2 Tratamento

O tratamento atual para VHC visa obter resposta virológica sustentada (RVS), que significa ausência de RNA viral detectável no soro, teste realizado três meses após o término do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016). Atingindo-se a RVS nos pacientes com <F2 observa-se redução importante na mortalidade, progressão da doença e no desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (GARCIA et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016). Assim, o tratamento tem importância fundamental para aumento da expectativa de vida, melhora da qualidade de vida, redução da probabilidade de evolução para insuficiência hepática terminal que necessite de transplante hepático, além de diminuição do risco de transmissão da doença (GHANY, et al., 2012; MS, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016).

Até 2011, o esquema de tratamento padrão utilizado para Hepatite C associava Interferon Peguilado, administrado uma vez por semana por injeção subcutânea, e Ribavirina administrada duas vezes ao dia (dependente do peso), por via oral, tratamento com duração média de 24, 48 ou 72 semanas. O objetivo do tratamento consiste em eliminar o vírus e deter a progressão da doença, pois, de forma geral, a redução da atividade inflamatória impede a evolução para cirrose e CHC (MS, 2012; VERDUGO; GÓMEZ, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

Os efeitos colaterais provenientes do uso de Interferon Peguilado e Ribavirina são bem frequentes, tais como, alopecia, anemia, distúrbios autoimunes, transtornos do humor, diarreia, sintomas semelhantes aos da gripe, dor ou eritema no local da injeção, retinopatia, transtornos do sono, trombocitopenia e neutropenia, disfunção da tireoide, perda de peso, hemólise, fadiga, vertigem, náusea, prurido, entre outros (GARCIA et al., 2012; GHANY et al., 2012).

Sabe-se também que os sintomas depressivos, frequentes nestes pacientes, podem ser efeitos adversos do uso de Interferon Peguilado. Além disso, pacientes com história prévia de transtorno psiquiátrico, como ansiedade, muito prevalente durante a espera para o tratamento da Hepatite C, abuso de substâncias (álcool, drogas ilícitas) parecem ter um risco aumentado para depressão durante o tratamento, tornando possível pensar que um transtorno mental anterior pode aumentar a vulnerabilidade para depressão com a utilização da medicação (MACHADO, 2009; PAVLOVIC et al., 2011; MEDEIROS et al., 2014).

Um fator importante para escolha e prognóstico do tratamento, como já citado, é o genótipo do vírus (CIOE et al., 2013). Observa-se que esse esquema terapêutico leva respostas mais positivas em pacientes com genótipos 2 e 3, em porcentagem de aproximadamente 80%. Já pacientes com vírus de genótipo 1 apresentam baixos índices de resposta ao tratamento (40-45%) (OMS, 2002; GHANY et al., 2012; MAASOUMY; MANNS, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

Nos últimos anos avanços nas pesquisas para esquemas terapêuticos com maior eficácia no tratamento têm ocorrido, conhecidos como *Interferon Free*, ou seja, trata-se de tratamento sem Interferon Peguilado (VERDUGO; GÓMEZ, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016). Os inibidores de protease de segunda geração são estratégias eficientes para o tratamento do genótipo 1, e

dados mostram que o grau de RVS atinge taxas superiores a 90%, possuindo ação direta contra a multiplicação do vírus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016).

Vários novos medicamentos para o tratamento da infecção pelo VHC de segunda geração estão sendo introduzidos no Brasil. Destes, os medicamentos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram Simeprevir, Sofosbuvir, Daclatasvir e o esquema 3D: Veruprevir/ritonavir, Ombitasvir/Dasabuvir com ou sem Ribavirina, transformando enormemente o tratamento da Hepatite C. Estes tratamentos utilizam esquemas que podem ser administrados apenas via oral, mais curtos em duração (12 a 24 semanas) além de apresentarem menos efeitos colaterais do que os tratamentos com Interferon Peguilado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016).

Importante ressaltar, quando se pensa sobre o tratamento para Hepatite C, que a resposta ao tratamento não é influenciada apenas pelo genótipo, fibrose e carga viral, mas também pela adesão ao tratamento, um dos fatores identificados como de risco aumentado para resistência aos efeitos esperados dos novos medicamentos e também para negatização do vírus (CACOUB et al., 2008; ASCIONE, 2012; MS, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016).

No tratamento para Hepatite C com Interferon Peguilado e Ribavirina, bem como em outros tratamentos, como de hipertensão, HIV, baixa-adesão é considerada como não cumprimento da totalidade da dose prescrita dos medicamentos dentro do tempo de tratamento estipulado. Uma regra de boa-adesão para o tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina para Hepatite C é 80/80/80, que consiste na administração de 80% de Ribavirina, 80% de Interferon durante 80% do tempo prescrito de tratamento. No entanto, com a introdução das novas medicações ressaltam que o ideal para eficácia e não resistência é uma adesão de 100% (ASCIONE, 2012; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016).

Um estudo que avaliou adesão ao tratamento da Hepatite C, por meio do autorrelato das doses perdidas da injeção semanal (Interferon Peguilado) e Ribavirina em 180 pacientes mostrou que 7% dos pacientes relataram perda de ao menos uma injeção de Interferon Peguilado nas quatro semanas anteriores à pesquisa e 21% relataram falta de ao menos uma dose de Ribavirina nos últimos sete dias (WEISS et al., 2008).

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

A importância desse tipo de estudo é o de sintetizar e quantificar a produção científica sobre fatores associados à adesão ao tratamento da Hepatite C, em especial os fatores psicológicos e sociais, bem como apresentar os temas e desenhos de investigação utilizados, identificando lacunas científicas existentes que possam orientar futuras investigações. Ampliar o conhecimento sobre fatores psicológicos e sociodemográficos envolvidos na adesão ao tratamento pode redirecionar o caminho a ser traçado no desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas a aumentar a adesão ao tratamento da Hepatite C.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar revisão integrativa de produções na literatura científica nacional e internacional sobre fatores associados à adesão ao tratamento da Hepatite C, com especial ênfase aos fatores psicológicos e sociais.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar qualitativamente o conhecimento produzido nesta temática.
- Evidenciar as lacunas científicas existentes e prioridades de investigação nesta área

Método

4 MÉTODO

O presente estudo propõe realizar uma revisão integrativa da literatura. Método que visa compreender o cuidado em saúde nos âmbitos individual e coletivo por meio da identificação, agrupamento e síntese do conhecimento científico (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esse método deve ser utilizado com os mesmos padrões de clareza e cuidados metodológicos de uma pesquisa primária, permitindo conhecer e criar um corpo compreensível de um determinado tema de investigação ao longo do tempo (GANONG, 1987; WHITTERMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; GOMES; CAMINHA, 2014; SOARES et al., 2014).

A revisão integrativa comporta a inclusão de várias perguntas ou hipóteses de pesquisa, e pode apresentar um leque variado de objetivos, como a definição de conceitos e revisão de teorias, análise de desenhos de estudo, métodos de pesquisas, além de revisão de estudos empíricos com análise de resultados e relação entre variáveis (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Dentre essas possíveis finalidades, a presente pesquisa buscou identificar e sintetizar os resultados de estudos empíricos sobre adesão ao tratamento e sua relação com as variáveis psicológicas e sociodemográficas.

Outra importante característica da revisão integrativa é a possibilidade de abranger estudos experimentais e não experimentais, característica que a faz diferir de uma revisão sistemática, que considera apenas estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica considerando-se que essas inclusões possibilitam uma compreensão mais rica do fenômeno analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Dentro do universo crescente das revisões da literatura, a revisão integrativa é um dos métodos de revisão sistemática da Prática Baseada em Evidências (PBE) (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014, pp.260) “a PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional, valores e preferências do paciente ao cuidado prestado”.

A elaboração e realização de uma revisão integrativa podem ser planejadas e desenvolvidas em etapas. Para o desenvolvimento desta revisão integrativa optou-se pela proposta de Ganong (1987) que ressalta que esse tipo de revisão surge, primeiramente, diante da identificação de um tema e elaboração de uma questão bem delineada e coerente. Nesta revisão pretende-se responder à seguinte questão:

Quais fatores, com especial destaque para os psicológicos e sociodemográficos, associam-se à adesão ao tratamento da Hepatite C?

Este estudo, portanto, buscou centrar-se na relação entre adesão e os fatores psicológicos e sociodemográficos, sendo definido como variáveis psicológicas: percepção da doença, autoeficácia, personalidade, alterações comportamentais, presença de sofrimento psíquico (transtornos de ansiedade, de humor e outros sintomas) e como fatores sociodemográficos: idade, etnia, ocupação, nível de escolaridade, etc. Ainda, devido à alta prevalência do abuso de álcool e de outras drogas nesta população, essas ocorrências serão também consideradas entre os fatores que podem estar associados à adesão ao tratamento da Hepatite C. A hipótese do estudo é que fatores psicológicos e sociodemográficos podem atuar como fatores de proteção à adesão ao tratamento e outros como fatores de risco para a mesma.

Esse questionamento mostra-se pertinente diante do crescente número de estudos com associação significativa entre adesão e aspectos psicológicos e sociodemográficos em outras doenças crônicas e após a percepção da inexistência de uma revisão integrativa sobre esses fatores e a adesão ao tratamento da Hepatite C.

Após estabelecer teoricamente o problema a ser investigado, estabeleceu-se a estratégia de busca (GANONG, 1987), utilizando-se, inicialmente, os seguintes descritores em inglês dos temas desta pesquisa:

“adherence”[all fields], “hepatitis C” [MeSH Terms]

Posteriormente, especificou-se a busca utilizando os seguintes descritores em inglês na base de dados **MEDLINE**:

(("hepatitis C" [MeSH Terms] OR "hep C"[Title/Abstract] OR HCV[Title/Abstract] OR "hepatitis c, chronic"[MeSH Terms]) AND (Adherence[Title/Abstract] OR "medication adherence"[MeSH Terms] OR "treatment adherence"[All Fields] OR "treatment compliance"[All Fields] OR nonadherence[Title/Abstract] OR nonadherent[Title/Abstract] OR Compliance[Title/Abstract] OR "patient compliance"[MeSH Terms] OR noncompliance[Title/Abstract] OR noncompliant[Title/Abstract]) AND ("psychological factor"[TIAB] OR "psychological predictor"[TIAB] OR "psychological influence"[TIAB] OR "psychological determination"[TIAB] OR "psychological barriers"[TIAB] OR "psychosocial factors"[All Fields] OR "psychosocial barriers"[All Fields] OR "psychosocial influence"[All Fields] OR "socioeconomic factors"[MeSH Terms] OR "self-efficacy"[MeSH Terms] OR "self efficacy"[TIAB] OR "resilience, psychological"[MeSH Terms] OR "behavioral symptoms"[MeSH Terms]))

Após estabelecer as palavras-chave (Apêndice 1), foram definidas as bases de dados nas quais os artigos foram buscados levando em conta o tema da pesquisa, já que a base de dados deve ser coerente com o assunto abordado da pesquisa (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Neste estudo foram utilizados as seguintes bases de dados:

- **Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline)** – *National Library of Medicine*, Estados Unidos da América (EUA) – interface Pubmed. Base de dados direcionada para publicações relacionadas à área da saúde.
- **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)** – mais abrangente diretório, disponível desde 1983, de dados de literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Tem periodicidade quadrimestral e tem indexadas publicações nos idiomas português e espanhol.
- **Scientific Electronic Library Online (SciELO-Brasil)** - portal de revistas brasileiras que organiza e publica textos completos de revistas na Internet. Produz e divulga indicadores do uso e impacto desses periódicos.

- **Psycinfo** - a mais importante base de dados na área da Psicologia. Desenvolvida e mantida pela *American Psychological Association*, reúne, organiza e divulga a literatura relevante publicada internacionalmente na área da Psicologia e disciplinas correlatas.
- **Scopus** - banco de dados que abrange cerca de 19.500 títulos de mais de 5.000 editoras internacionais, incluindo a cobertura de 16.500 revistas *peer-reviewed* nos campos científico, técnico, e de ciências médicas e sociais (incluindo as artes e humanidades).
- **Web Science** - é uma das mais importantes bases de dados existentes no mundo, que possibilita a recuperação de trabalhos publicados nos mais relevantes periódicos internacionais, em todas as áreas do conhecimento, apresentando as referências bibliográficas citadas nos mesmos, remetendo ainda, aos trabalhos que os citaram.
- **CINAHL** - indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de todos os periódicos indexados.

Em seguida, foram estabelecidos os critérios de inclusão dos artigos, segundo a pergunta de pesquisa (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Critérios de inclusão:

- a) Publicações das bases de dados citadas que se referissem a:
 - Adesão ao tratamento da Hepatite C em pacientes adultos;
 - Tratamento para Hepatite C com as medicações Ribavirina e/ou Interferon ou inibidores de protease de primeira e segunda geração;
- b) Publicações entre os anos 2000 a 2016;
- c) Publicações em português, inglês e espanhol;

Essa etapa inicial foi realizada com parcimônia para atender o proposto por Ganong (1987): a etapa de coleta dos estudos é um processo cauteloso, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador crítico para generalizar as conclusões.

Após essa etapa, os artigos foram pesquisados nos bancos de dados. Foram excluídos da amostra os artigos que propunham pesquisas cujos objetivos ou objetos estudados, assim como população/amostras estudadas, não se referiam, essencialmente à temática adesão ao tratamento. As publicações que se encontravam indexadas em mais de um banco de dados, foram selecionadas no banco nas quais foram primeiramente pesquisadas (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na terceira etapa, os estudos foram pré-selecionados a partir da leitura do título, resumo e palavras-chave, sendo organizados e identificados e, posteriormente, analisados na íntegra.

A seguir a etapa de seleção dos artigos pode ser observada:

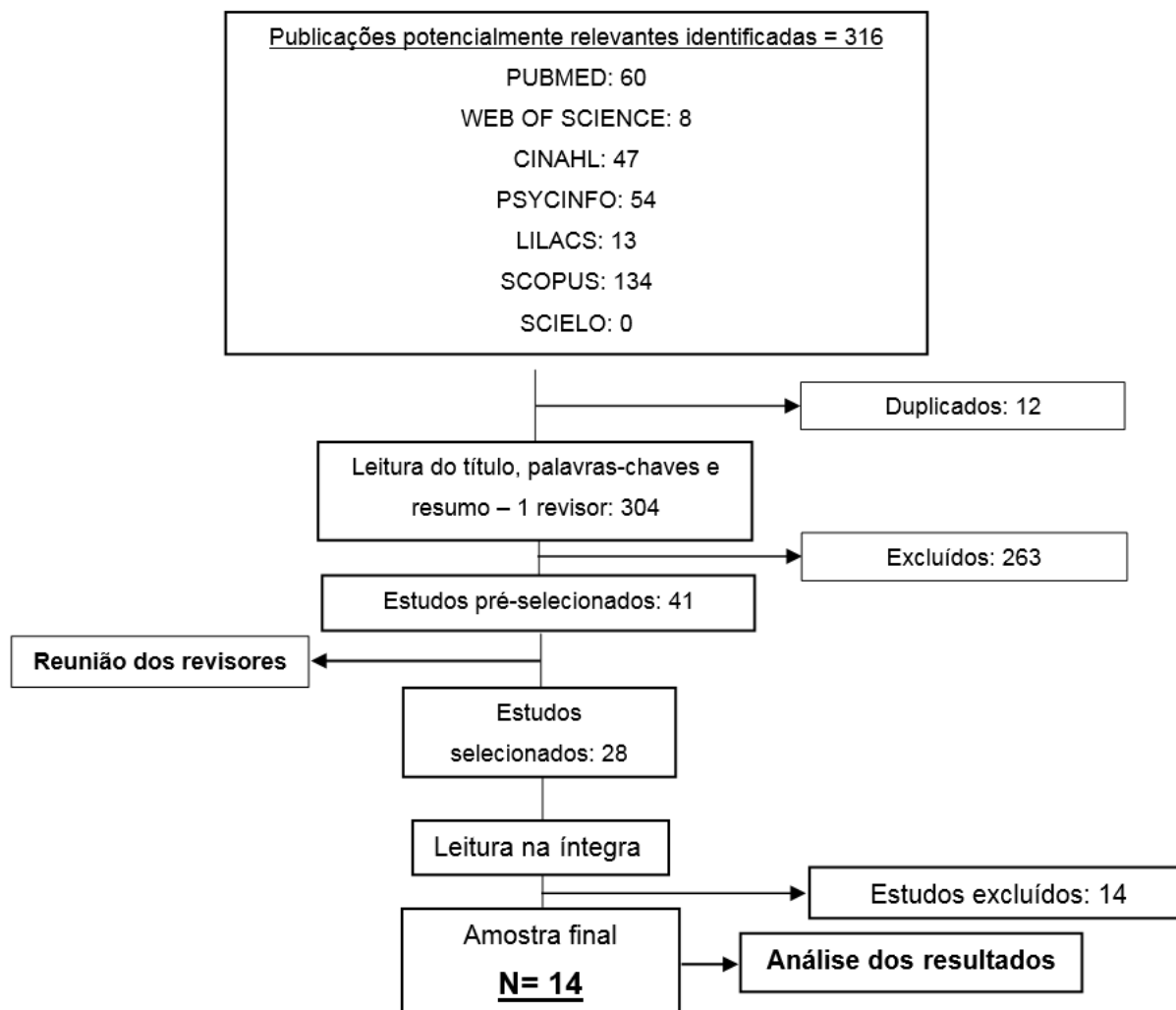


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos trabalhos avaliados

Para categorizar os artigos, definiram-se previamente quais informações deveriam ser extraídas dos estudos selecionados, utilizando-se instrumento desenvolvido para organizar os dados, agrupá-los e sintetizar as principais informações de cada estudo, construindo um banco de dados para melhor manejo e análise dos dados (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; GOMES; CAMINHA, 2014). O instrumento aqui proposto incluiu: ano/autores/revista, local/país, objetivos, descrição do método (sujeitos, desenho, tamanho da amostra, medidas do desfecho e variáveis explanatórias) e resultados (Apêndice 2).

Após o processo de categorização, os estudos selecionados foram analisados em relação às características do estudo e sua adequação metodológica de forma detalhada e crítica. Realizada essa análise crítica dos estudos, seus resultados foram analisados, interpretados e discutidos (GANONG, 1987; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A última etapa realizada nesta revisão integrativa foi a elaboração de documento síntese com descrição detalhada da revisão, contemplando-se a descrição das etapas percorridas e os principais resultados da análise dos estudos incluídos, para refletir sobre lacunas e possíveis propostas para estudos futuros (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; GOMES; CAMINHA, 2014).

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os critérios estabelecidos para esta pesquisa, a busca inicial nos bancos de dados localizou 316 artigos, dos quais 12 repetiram-se em mais de um banco de dados, totalizando 304. Os títulos, palavras-chave e resumo foram lidos pelo primeiro revisor, selecionando 41 artigos. Estes foram lidos, individualmente, por dois revisores, e, após reunião entre eles, foram selecionados 28 artigos que atendiam aos critérios estabelecidos de inclusão.

A partir dos 28 artigos selecionados para leitura na íntegra, 14 foram excluídos devido a não inclusão de variáveis explanatórias que se pretendia investigar e por não apresentarem como desfecho adesão ao tratamento. Ou seja, a maioria tinha como objetivo primário avaliar resposta virológica ao tratamento, não investigando as possíveis associações entre os cinco fatores relacionados à adesão ao tratamento. Outros dois estudos investigaram abandono ao tratamento, mas não investigaram as variáveis associadas ao abandono.

Um total de 14 artigos constituiu a amostra final deste estudo. Esses artigos compuseram um *corpus* de análise totalmente estrangeiro, publicado em inglês, nos anos de 2001 a 2015, majoritariamente indexados no Medline (10 artigos). No Lilacs foi selecionado um artigo, no CINAHL um, no PSYCINFO um e um pelo Web of Science. Nas bases Scopus e Scielo nenhum estudo foi selecionado, sendo que na base Scielo a busca não encontrou nenhum artigo. Os estudos encontrados no banco de dados Scopus (n=6) já haviam sido selecionados na busca realizada no Medline. A distribuição dos artigos segundo o banco de dados pode ser visualizada no Quadro 1:

Quadro 1 – Distribuição do número de publicações selecionadas segundo as bases de dados consultadas

BASE DE DADOS	ESTUDOS SELECIONADOS (n)
MEDLINE	10
LILACS	1
CIHNL	1
PSYCINFO	1
WEB OF SCIENCE	1
SCOPUS	0
SCIELO	0

Os 14 artigos foram encontrados em 12 periódicos listados abaixo:

Quadro 2 – Distribuição dos artigos publicados segundo o periódico

Periódicos	N
AIDS Behavior	1
AIDS Research and Treatment	1
Alimentary Pharmacology & Therapeutics	1
Annals of Internal Medicine	1
Digestive Diseases and Sciences	1
European Journal of Gastroenterology & Hepatology	2
Journal of Clinical Gastroenterology	2
Journal of Behavioural Sciences	1
Journal of Viral Hepatitis	1
Hepatology	1
Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver	1
Psychology & Health	1
Total	14

Dentre os 14 estudos selecionados, onze (78,5%) eram estudos com delineamento quantitativo, predominando entre eles estudos longitudinais, e apenas o estudo de Batool e Kausar (2015) apresentou desenho transversal.

Nesta seção são apresentados os estudos selecionados, a análise crítica de seus resultados e a discussão dos mesmos, buscando-se atender os objetivos desta pesquisa. A síntese dos resultados pode ser observada a seguir:

Quadro 3 – Síntese dos estudos analisados: fatores associados a adesão/não adesão

Fatores relacionados à adesão	
1 – Fatores relacionados ao indivíduo	
Wagner et al. (2011):	
Depressão	n/s
Transtorno psiquiátrico	Transtorno psiquiátrico (p=0,04)
Uso de substâncias	n/s
Silvestre e Clements (2007):	
Transtorno psiquiátrico	Transtorno psiquiátrico preexistente (p=0,04)
Medicação psiquiátrica	A adesão foi associada com o início de uma nova medicação psiquiátrica durante o tratamento (p=0,02)
Uso de substâncias	Uso regular de substância (p=0,03)
Marcellin et al. (2011):	
Transtorno psiquiátrico (início do tratamento)	n/s
Uso de substâncias	Uso de drogas durante o tratamento (p=0,005)
Kraus et al. (2001):	
Ansiedade	Ansiedade fóbica (p=0,049)
Depressão	Depressão (p=0,015)
Raiva/hostilidade	Hostilidade (p=0,009)
Problemas Interpessoais	Intrusividade (p=0,014)
Martin-Santos et al. (2007):	
Ansiedade e/ou Depressão (incidência durante o tratamento)	Sintomas ansiosos e depressivos (p=0,04)
Bonner et al. (2015):	
Autoeficácia	n/s
Grebely et al. (2011):	
Depressão	n/s
Funcionamento social	n/s
Uso de substâncias	n/s
Evon et al. (2013):	
Uso de substâncias	n/s
Sintomas depressivos	n/s
Qualidade de vida	n/s

Batool & Kausar (2015):	
Comportamentos relacionados à saúde	Associação positiva da adesão com dieta e comportamento alimentar e negativo com cansaço
Re et al. (2011):	
Depressão	n/s
Transtorno Bipolar	n/s
Esquizofrenia	n/s
Tratamento metadona	n/s
Re et al. (2013):	
Depressão	n/s
Transtorno Bipolar	n/s
Esquizofrenia	n/s
Tratamento metadona	Menor adesão a Interferon Peguilado (p=0,002) Menor adesão a Ribavirina (p=0,04)
2 – Fatores sociais e econômicos	
Wagner et al. (2011):	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Etnia	n/s
Escolaridade	n/s
Ocupação	n/s
Estado conjugal	n/s
Marcellin et al. (2011):	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Escolaridade	n/s
Ocupação	n/s
Kraus et al. (2001)	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Situação familiar	n/s
Ocupação	n/s
Grebely et al. (2011):	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Escolaridade	Não possuir ensino superior (p=0,018)
Moradia	n/s
Ocupação	n/s
Evon et al. (2013):	
Idade	Mais jovem e perda de dose de Interferon (p=0,003) e de Ribavirina (p<0,001)

Sexo	n/s
Etnia	Afro-americanos e perda de dose de Interferon e Ribavirina (p<0,001)
Escolaridade	n/s
Ocupação	Desempregado e perda de dose de Interferon (p<0,001) e Ribavirina (p=0,043)
Estado conjugal	Não estar em relacionamento conjugal e perda de dose de Interferon (p=0,029)
Plano de saúde	n/s
Apoio Social	n/s
Re et al. (2011):	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Etnia	n/s
Re et al. (2013):	
Idade	n/s
Sexo	n/s
Etnia	n/s
3 – Fatores relacionados ao serviço de saúde e aos profissionais	
Marcellin et al. (2011):	
Distância do centro de referência (minutos)	Distância do centro de referência (p=0,024)
4 – Fatores relacionados à doença	
Marcellin et al. (2011):	
Tempo de diagnóstico	n/s
Forma de contágio	n/s
Genótipo do vírus	Genótipo 3 e 100% de adesão (p=0,016)
Fibrose	n/s
Comorbidades	Coinfecção HIV e 100% de adesão (p=0,003)
Evon et al. (2013):	
Forma de contágio	n/s
Fibrose	n/s
5 – Fatores relacionados ao tratamento	
Marcellin et al. (2011):	
Doses das medicações	n/s
Tempo de tratamento	n/s
Efeitos colaterais	n/s
Intervenção psicoeducativa	n/s
Tratamentos prévios	Não ter sido tratado anteriormente e 100% de adesão (p=0,028)
Evon et al. (2013):	
Efeitos colaterais	n/s

n/s= não significativo

A visão da adesão como processo dinâmico, multidimensional e de corresponsabilidade entre paciente e profissional da saúde, em que se considera a interação de fatores de diferentes naturezas podendo afetar diretamente o comportamento do paciente em relação à adesão ao tratamento, foi observada somente no estudo de Marcellin et al. (2011) entre as pesquisas quantitativas, ou seja, pode-se supor que esta visão abrangente é ainda escassa nas investigações sobre o comportamento de adesão.

Também se constatou que todos os estudos concentraram sua análise sobre avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso, desconsiderando a avaliação da adesão à prescrição de tratamentos e orientações por outros profissionais da saúde como, nutricionista, psicólogo e enfermeiro. Leite e Vasconcellos (2003) já apontavam que muitas pesquisas avaliavam apenas o cumprimento da prescrição médica como cena principal do fenômeno saúde/doença/atenção, mesmo quando orientações sobre mudanças comportamentais e de estilo de vida seriam necessárias.

Vrijens et al. (2012) ressaltam outro ponto importante nas pesquisas sobre adesão ao tratamento também observada nesta revisão, apesar do conceito de adesão referir-se a corresponsabilidade e decisão partilhada entre paciente e profissional da saúde, os estudos têm utilizados medidas que avaliam apenas o cumprimento da prescrição medicamentosa. Esses autores destacam a necessidade de serem desenvolvidas formas de integrar essas duas dimensões na avaliação sobre adesão ao tratamento.

Sintomas depressivos e diagnóstico de transtornos psiquiátricos foram os aspectos mais investigados nas pesquisas encontradas nesta revisão, entre eles, o estudo multicêntrico de coorte, de Marcellin et al. (2011), contemplou a análise dos seguintes fatores: 1) relacionados ao indivíduo (transtorno psiquiátrico e uso de substâncias); 2) sociais e econômicos (idade, sexo, escolaridade e ocupação); 3) relacionados ao serviço de saúde (distância do centro de referência); 4) relacionados à doença (tempo de diagnóstico, forma de contágio, genótipo do vírus, fibrose e comorbidades) e 5) relacionados ao tratamento (doses das medicações, tempo de tratamento, efeitos colaterais, efeito de intervenção psicoeducativa e tratamentos prévios).

Fatores relacionados ao serviço, dentre todos os estudos analisados, foram avaliados apenas nesta pesquisa (MARCELLIN et al., 2011), sendo que aspectos relacionados à doença e ao tratamento foram abordados no estudo de Marcellin et al. (2011) e também por Evon et al. (2013). Estudo de revisão bibliográfica, realizada por Reiners et al. (2008), acerca da visão dos profissionais da saúde sobre fatores associados à adesão ao tratamento, mostra que a percepção dos profissionais, na sua maioria, considera como fatores de risco para não adesão, aspectos relacionados ao paciente. Essa visão pode ser corroborada pelas pesquisas aqui analisadas que evidenciam que o foco dessas privilegia como possíveis fatores de risco para não adesão os pacientes e suas características – apresentar ou não transtornos psiquiátricos, fazer uso de substâncias e suas condições sociodemográficas. Salienta-se que são quase inexistentes estudos que focalizam as condições de interação com a equipe, condições do serviço, do tratamento ou da doença. Pode-se supor com esses dados que predomina ainda visão de que o fenômeno da não adesão é um problema do paciente, desconsiderando ou minimizando a visão multidimensional do fenômeno da adesão ao tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OMS, 2003; THOMAZ; CASTRO, 2011).

Reforçando as dificuldades existentes na percepção do fenômeno da adesão o estudo de Marcellin et al. (2011) também foi o único a avaliar a coerência entre a adesão relatada pelo paciente e a percepção do médico. Os resultados apontaram que 100% de adesão foram referidas por 38% dos sujeitos da pesquisa, enquanto a avaliação da adesão feita pelo médico foi superestimada em 20% - 30% comparativamente ao autorrelato do paciente. Assim, apesar de apenas esta pesquisa estudar este aspecto, essa discrepância na avaliação da adesão pode demonstrar a importante lacuna existente na análise da comunicação médico-paciente. Assumir uma postura de corresponsabilidade por parte do profissional da saúde buscando estabelecer uma relação de confiança e diálogo, com uma escuta sensível sobre as queixas, preocupações sobre a doença e seu tratamento, além de explicar claramente os benefícios do tratamento pode contribuir para melhor adesão ao tratamento e para que o profissional consiga identificar possíveis dificuldades e barreiras ao tratamento, e assim permitir acolher o paciente, estabelecer negociações em relação à terapêutica, motivando-o e/ou fazendo encaminhamentos para outros profissionais que poderão por intermédio de intervenções de apoio e

ações direcionadas buscarem uma resolutividade do que foi identificado e discutido entre o paciente e seu médico (OMS, 2003).

No estudo de Marcellin et al. (2011), que utilizou amostra de 1860 sujeitos, 22% apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico, sendo o diagnóstico de depressão o mais prevalente (11%), seguido pelo diagnóstico de ansiedade (7%), transtorno psicótico (1%) e transtorno bipolar (0,4%). Nesta amostra, 44% já haviam usado drogas em algum momento e 3% eram usuários ativos no início do tratamento. Com relação ao consumo de álcool, 23% faziam uso de >20g/dia de álcool. Constataram que entre as variáveis associadas a 100% de adesão, de forma independente, estiveram menor consumo de álcool no início do tratamento ($p=0,05$), não ter sido usuário de drogas durante o período de seguimento ($p=0,007$), e ser coinfectados HIV ($p=0,003$), além de apresentar genótipo 3 ($p=0,016$), ser naíve para o tratamento ($p=0,028$) e estar mais próximo do centro de tratamento ($p=0,024$).

Fortalezas desse estudo podem também ser consideradas: ser um estudo multicêntrico, com uma grande amostra, além de que, diferentemente de dois outros estudos (WAGNER et al., 2011; SILVESTRE; CLEMENTS, 2007), que avaliaram a presença de transtorno psiquiátrico segundo registro do prontuário, sem a utilização de instrumento validado, Marcellin et al. (2011) utilizaram o diagnóstico psiquiátrico dos pacientes realizado por um psiquiatra na maior parte dos casos (62%).

O estudo da adesão ao tratamento por pacientes com Hepatite C, coinfectados com HIV ($n=72$), realizado por Wagner et al. (2011), visou avaliar adesão, conclusão e resposta ao tratamento. Apesar de este estudo ser o único a referir-se a determinantes psicossociais da adesão, o foco da pesquisa foi avaliar, dentre os fatores psicossociais, apenas a presença de depressão, de outros transtornos psiquiátricos, problemas com uso de álcool ou outras drogas, além da idade, sexo, etnia, escolaridade, ocupação e estado conjugal. A medida utilizada nesse estudo para avaliar adesão ao tratamento foi o autorrelato (escala visual), tendo sido boa adesão definida como 100% de adesão ao tratamento com Interferon Peguilado e Ribavirina. Os autores referem que, devido a um índice de superestimação da adesão em 10-20% por meio do autorrelato, em comparação com medidas objetivas, decidiram para análise da adesão dicotomizar em 100% aderentes e <100%. Seus resultados apontaram que 46% da amostra apresentaram um diagnóstico psiquiátrico no momento inicial do tratamento. Verificou-se também

no estudo de Wagner et al. (2011) que 72% atingiram o critério de boa adesão e houve associação significativa entre menor adesão, <100% de adesão ao tratamento, e apresentar diagnóstico de transtorno psiquiátrico ($p=0,04$), tendo sido a adesão ao tratamento associada significativamente com a obtenção da RVS ($p=0,05$).

As limitações deste estudo, apontadas pelos autores, com as quais se concorda, incluem a utilização de pequena amostra, não randomizada, e, sendo um estudo retrospectivo, ter sido o diagnóstico psiquiátrico obtido do prontuário do paciente, não havendo descrição sobre forma de avaliação destes diagnósticos. Os autores, Wagner et al. (2011), ressaltam também que o autorrelato como método para avaliar adesão pode levar a respostas enviesadas, como viés de memória, nível sociocultural dos participantes, o que também é discutido por Polejack e Seidl (2010), no entanto, Wagner et al. (2011) lembram que este método tem sido o mais utilizado nos estudos, por ter baixo custo, e ser de fácil aplicação. Aliás, Wagner et al. (2011), diferentemente dos outros estudos nesta revisão que utilizaram o autorrelato, utilizaram uma escala analógica visual para avaliar a adesão, estratégia que considera o contexto social e auxilia na obtenção de informações sobre o tratamento, sendo esse um procedimento importante já que em muitos países com recursos limitados há altos índices de analfabetismo (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Mais um estudo (SILVESTRE; CLEMENTS, 2007) avaliou a interferência de transtorno psiquiátrico em pacientes usuários de heroína, frequentando clínica de reabilitação, como uma das possíveis barreiras à adesão ao tratamento de Hepatite C. Os autores avaliaram ainda a associação entre não adesão e uso de drogas. Destacaram esses autores (SILVESTRE; CLEMENTS, 2007) que a escolha destas variáveis explanatórias deu-se devido à constatação de que muitos serviços restringem a oferta de tratamento aos portadores de Hepatite C se os mesmos forem usuários de drogas e apresentarem transtornos psiquiátricos. Além desses fatores, apesar de não ter sido descrito nos objetivos ou no método, essa investigação analisou também o papel de fatores sociais e econômicos na adesão ao tratamento. A avaliação sobre presença de transtorno psiquiátrico pré-existente foi feita por meio de questionário desenvolvido pelos autores e o uso de drogas por meio do autorrelato e exame de urina, já a avaliação sobre a adesão ao tratamento realizou-se por duas medidas, o que foi denominado de método combinado. A adesão ao uso de Interferon Peguilado foi computada por registro da farmácia e autorrelato mensal

e a adesão à Ribavirina por meio da contagem de comprimidos e autorrelato mensal. Os pacientes foram considerados aderentes se receberam >80% do Interferon Peguilado prescrito e >80% da Ribavirina em pelo menos 80% do ciclo de tratamento recomendado (80/80/80). Evidenciou-se neste estudo a presença de 42 pacientes (59%), dos 71 que compunham a amostra, com diagnósticos psiquiátricos, dos quais 33 (46%) relataram depressão e seis (8%) relataram depressão e ansiedade. Outras condições psiquiátricas relatadas incluíram transtorno de ansiedade (1), esquizofrenia (1), transtorno bipolar (1) e transtorno obsessivo-compulsivo (1). Dos 71 pacientes, 48 (68%) foram classificados como aderentes (80/80/80), havendo associação significativa entre adesão e RVS ($p=0,001$).

Assim como no estudo de Wagner et al. (2011) também houve associação entre diagnóstico psiquiátrico e não adesão ao tratamento ($p=0,04$), já que os sujeitos que não relataram diagnóstico psiquiátrico preexistente apresentaram melhor adesão ao tratamento. Também houve associação entre iniciar o uso de medicação psiquiátrica durante o tratamento em pacientes sem relato de transtorno psiquiátrico pré-tratamento ($p=0,02$) e melhor adesão ao tratamento. Esses resultados evidenciaram também que pacientes usuários ocasionais de drogas foram igualmente aderentes comparativamente aos que estavam completamente abstinentes, no entanto, fazer uso regular da droga mostrou um menor nível de adesão ($p=0,03$).

Silvestre e Clements (2007) observaram que uma das limitações em seu estudo foi a possibilidade de ter havido viés de relato sobre a presença de transtorno psiquiátrico, sobre o tratamento da dependência e o tratamento da Hepatite C. Segundo os autores (SILVESTRE; CLEMENTS, 2007), por este viés, o autorrelato de diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas pode ter sido minimizado. Outras limitações que destacaram foram a utilização de amostra pequena e não randomizada.

Kraus et al. (2001) investigaram, além da associação entre adesão e sintomas psiquiátricos, problemas interpessoais, características sociodemográficas e a forma de contágio da Hepatite C em 74 pacientes em tratamento. Os sintomas psiquiátricos foram avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R) que visa identificar níveis de sintomas psicopatológicos atuais em pacientes psiquiátricos, pacientes clínicos e a população em geral. A escala é composta por nove dimensões primárias de sintomas: Somatização (S), Obsessividade

Compulsividade (OC), Depressão (D), Ansiedade (A), Hostilidade (H), Sensibilidade Interpessoal (SI), Ansiedade Fóbica (AF), Psicoticismo (Ps) e Ideias Paranóides (IP). Foram definidos como não aderentes os pacientes que não compareceram para iniciar o tratamento ou que perderam sem justificativa pelo menos duas consultas agendadas durante o seguimento. Também os pacientes que abandonaram o tratamento sem orientação médica, além de apresentarem uma recaída ao uso de drogas ou álcool.

Neste estudo, Kraus et al. (2001) constataram que 17 (23%) pacientes com Hepatite C preencheram os critérios de não adesão. Sete desses 17 pacientes pararam o tratamento sem consultar seu médico, outros três pacientes tiveram uma recaída ao uso de drogas e um paciente interrompeu o tratamento devido a uma recaída grave do uso de álcool. Dois pacientes não compareceram para o início do tratamento e quatro perderam pelo menos duas consultas sem indicar as suas razões. Após análise de regressão logística binária para determinar as variáveis preditoras da escala SCL-90-R para possível não adesão ao tratamento foram identificadas três variáveis: hostilidade ($p=0,009$), depressão ($p=0,015$) e ansiedade fóbica ($p=0,049$). Com relação a problemas interpessoais a escala IIP-6 apontou associação significativa entre não adesão e comportamento intrusivo ($p=0,014$). O modelo de regressão adotado foi capaz de classificar 86,5% de casos corretamente (classificação geral), a especificidade foi de 98,3%, mas obteve-se sensibilidade de apenas 47,1%.

Apenas um estudo de coorte (RE et al., 2011), com amostra composta por 5.706 pacientes não encontrou associação significativa entre os possíveis fatores preditores (sintomas depressivos, estar em tratamento com metadona e ter o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno bipolar) e baixa adesão ao tratamento da Hepatite C. Todos os dados desta investigação foram coletados nos prontuários dos pacientes e a adesão ao tratamento foi avaliada por meio dos registros de farmácia em intervalos de 12 semanas (0-12; 13-24; 25-36; 37-48). Seus resultados apontaram que a adesão às medicações foi elevada durante as primeiras 12 semanas, mas diminuiu durante o curso do tratamento e a adesão ao Interferon Peguilado permaneceu superior à Ribavirina em cada intervalo, já que geralmente a injeção de Interferon é aplicada semanalmente no local onde o indivíduo trata.

Posteriormente, em publicação de 2013, os mesmos autores (RE et al., 2013) estudaram os mesmos fatores de risco, mas especificamente em pacientes com

Hepatite C e coinfectados com HIV, que haviam sido excluídos da amostra no primeiro estudo (RE et al., 2011). Nessa nova análise, o uso de metadona durante o tratamento foi associado com menor média de adesão ao Interferon Peguilado ($p=0,002$) e Ribavirina ($p=0,04$) comparativamente a aqueles que não estavam em tratamento com metadona. Nos dois estudos (RE et al., 2011; 2013), níveis mais elevados de adesão foram associados com maiores taxas de resposta virológica sustentada (RVS) e a adesão a ambos os medicamentos diminuiu ao longo do tempo, mas a diminuição da adesão foi maior à Ribavirina. Uma possível limitação é que os registros de farmácia podem subestimar ou superestimar a adesão ao tratamento. Os autores observam que estudos futuros devem examinar esses já citados e outros fatores de risco para a não adesão e avaliar intervenções para elevar ao máximo o comportamento de adesão ao tratamento.

DiMatteo, Lepper e Croghan (2000), em sua revisão sistemática sobre sintomas depressivos e adesão ao tratamento em doenças crônicas evidenciou que pacientes com depressão têm três vezes mais chances de não aderir ao tratamento, sendo a avaliação desta variável um fator importante para se aumentar a adesão, devendo-se esse resultado, segundo a autora à constatação de que crenças e expectativas do pacientes são essenciais para adesão. Porém, assinala DiMatteo, Lipper e Croghan (2000), a presença de sintomas depressivos, muitas vezes, pode levar o paciente a um grau de desesperança, falta de confiança, e de motivação que afetam as crenças e expectativas e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento. Observando-se os resultados da presente revisão, constata-se que, de fato, as variáveis psicológicas, mais frequentemente estudadas em relação à adesão foram presença de sintomas depressivos. No entanto, apenas em dois (KRAUS et al., 2001; MARTIN-SANTOS et al., 2007) dos sete estudos (KRAUS et al., 2001; MARTIN-SANTOS et al., 2007; GREBELY et al., 2011; RE et al., 2011; WAGNER et al., 2011; EVON et al., 2013; RE et al., 2013) que estudaram essa variável, foi encontrada associação significativa entre sintomas depressivos e não adesão.

Entre os dois estudos que obtiveram significância entre não adesão e sintomas depressivos, o estudo de coorte de Martin-Santos et al. (2007) examinou, especificamente, dentre os fatores relacionados ao indivíduo, a associação entre não adesão e sintomas de ansiedade e depressão em amostra de 176 pacientes. As variáveis explanatórias foram avaliadas pela Entrevista Clínica Estruturada (SCID-I) para se obter diagnóstico, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística da

Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), aplicada no início do tratamento, para avaliar a presença atual e passada de transtornos psiquiátricos. Foram ainda utilizados os seguintes instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), para avaliação de sintomas depressivos e ansiosos e *Patient Health Questionnaire* (PHQ), para avaliação de sintomas depressivos também aplicados no início e nas semanas 4, 12 e 24 do tratamento.

Nessa pesquisa (MARTIN-SANTOS et al., 2007), boa adesão ao tratamento com ambas as medicações (Interferon Peguilado e Ribavirina) foi definida como concluir o tratamento ou quando o paciente recebeu, pelo menos, 80% do total da dosagem de ambas as drogas. A prevalência de transtorno psiquiátrico, no início do tratamento, foi de 46%, com 17% apresentando depressão e/ou ansiedade. Notaram ainda alta incidência de sintomas de ansiedade e depressão (36%) durante tratamento, sendo metade dos casos no primeiro mês e os demais ao final do quarto mês de tratamento. Essa alta prevalência corrobora os achados de outros estudos sobre a presença de sobre sintomas depressivos em pacientes em tratamento para Hepatite C, como os de Machado (2009), Pavlovic et al. (2011); Medeiros et al. (2014). Apesar da alta percentagem de boa adesão (79%) mesmo em pacientes com incidência de sintomas depressivos ou ansiosos ao longo do tratamento, a adesão desses pacientes foi significativamente pior em comparação com aqueles sem a incidência de sintomas ($p=0,04$).

Já na pesquisa de Evon et al. (2013) que procurou examinar a prevalência e padrão de perda de doses e não persistência no tratamento, examinando essas condições como processos separados, não houve associação entre sintomas depressivos e não adesão. As características do paciente, avaliadas como fatores de risco, incluíram três dos cinco fatores relacionados à adesão: variáveis sociais e econômicas: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, apoio social e possuir ou não plano de saúde; fatores associados à doença: nível de fibrose e forma de contágio e fatores relacionados ao indivíduo: presença de sintomas depressivos, uso de antidepressivos no início do tratamento e consumo de álcool. A adesão ao tratamento foi avaliada por meio do monitoramento eletrônico, e seus resultados demonstraram que a proporção de doses perdidas de Interferon Peguilado em cada semana foi baixa, permanecendo abaixo de 10% durante todo o estudo, com exceção do último mês. Em contrapartida, houve um aumento constante das doses de Ribavirina perdidas ao longo do tempo, com

aproximadamente 15% de doses perdidas por pacientes nas primeiras 24 semanas, e 25% das doses perdidas entre a semana 24 e 48. Com relação à persistência do tratamento, dentre os 401 indivíduos, 39 não concluíram o tratamento devido à intolerância à medicação (41%); descumprimento do protocolo do estudo (28%); preferência do paciente (28%) e outros (3%). Algumas limitações discutidas pelos autores foram: a impossibilidade de generalizar seus achados para diferentes populações, por exemplo, para populações de pacientes usuários de drogas e/ou álcool ou com doença psiquiátrica, uma vez que essas características constituíram critérios de exclusão para a participação na pesquisa. Outra limitação citada foi o pequeno número de casos de não conclusão do tratamento, o que prejudicou a detecção de possíveis associações significativas dentre os fatores estudados. Um ponto forte neste estudo foi considerar e discutir a problemática entre as perdas de doses e não conclusão do tratamento como aspectos que devem ser avaliados nos estudos de adesão ao tratamento da Hepatite C. Destacaram ainda, Evon et al. (2013), com o que se concorda, que podem ter interferido nos resultados da adesão obtida a ocorrência de intervenções realizadas para melhorar a adesão durante todo o tratamento.

A avaliação da adesão neste estudo (EVON et al.; 2013) ocorreu por meio do monitoramento eletrônico, verificando-se quando os frascos de medicamentos eram abertos. Contudo não se pode afirmar se o medicamento foi efetivamente tomado, além de outros aspectos trazidos por Polejack e Seidl (2010) sobre o uso deste método: não se ter certeza se foram retiradas mais doses por vez, nos momentos em que o frasco foi aberto, além de dificuldades de ordem técnica, como o custo elevado do método, o tempo para se transferirem os dados para o computador e a logística necessária para isso. Apesar destas limitações, segundo Evon et al. (2013) o uso do monitoramento eletrônico fortalece o estudo, superando as medições da adesão menos objetivas, como autorrelato.

Outro aspecto possivelmente associado à adesão ao tratamento foi avaliado em um estudo transversal e correlacional (BATOOL; KAUSAR, 2015), que avaliou em amostra de 100 indivíduos, comportamentos relacionados à saúde antes e depois do diagnóstico da Hepatite C e suas possíveis relações com a adesão à medicação. Destaca-se que este foi o único dentre os estudos quantitativos que avaliou adesão a modificações no estilo de vida, variáveis importantes diante da necessidade dos pacientes em gerir doenças crônicas, incluindo a Hepatite C. Os

autores avaliaram como componentes importantes das modificações no estilo de vida aderir a dieta saudável e a prática de exercícios físicos, lembrando que os comportamentos relacionados à saúde não seriam um substituto para o tratamento médico da Hepatite C, mas uma abordagem adicional para ajudar a melhorar a função hepática. O estudo utilizou as informações sociodemográficas, o *Health Related Behavior Questionnaire* (GHANY; STRADER; THOMAS, 2009) e Escala de Morisky (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986) para avaliar adesão ao tratamento medicamentoso.

Batool & Kausar (2015) evidenciaram que os comportamentos relacionados com a saúde melhoraram significativamente após o diagnóstico da Hepatite C e que houve associação significativa entre boa adesão e dieta, comportamento alimentar e mostrou relação negativa com o cansaço. Uma das limitações do estudo, apontadas pelos autores, foi o próprio desenho de estudo (estudo transversal), em que avaliação da adesão ocorreu apenas uma vez ao longo do tratamento e foi obtida a partir do autorrelato dos pacientes.

O estudo de Bonner et al. (2015) foi uma análise secundária dos dados do estudo VIRAHÉP-C (estudo multicêntrico, prospectivo), e o único, dentre os selecionados na presente revisão, que investigou, dentre os fatores relacionados à pessoa, a expectativa de autoeficácia, com amostra de 401 participantes. Além disso, este estudo (BONNER et al., 2015) analisou as possíveis associações entre a autoeficácia e outras características do paciente, como sintomas depressivos e características sociodemográficas. Os autores utilizaram uma escala de autoeficácia desenvolvida para pacientes com HIV e adaptada para população com VHC, aplicadas no início e após seis meses de tratamento, optando por avaliar apenas adesão à Ribavirina, por monitoramento eletrônico.

Segundo Bonner et al. (2015), as perdas de doses de Ribavirina aumentaram ao longo do tempo: em média os participantes perderam 15% das doses nas primeiras 24 semanas e 25% das doses até a semana 48. As classificações mais elevadas de autoeficácia foram encontradas entre alguns subgrupos: aqueles que estavam em relacionamento conjugal estável ($p < 0,001$), eram mais instruídos ($p = 0,043$), estavam empregados ($p < 0,001$) e que possuíam plano de saúde ($p < 0,001$). Seus resultados apontaram também que houve uma boa expectativa de autoeficácia entre indivíduos sem sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentaram sintomas depressivos de leves a moderados ($p < 0,001$).

ou graves ($p < 0,001$). Observa-se, assim, que participantes com sintomas depressivos no início do estudo tenderam a ser menos confiantes em sua capacidade de se envolver no tratamento VHC e sem habilidades para lidar com possíveis problemas durante o tratamento, sendo um dado clinicamente relevante, já que sintomas depressivos são comuns entre pacientes com diagnóstico de Hepatite C, como pudemos observar nesta revisão (KRAUS et al., 2001; MARTIN-SANTOS et al., 2007; SILVESTRE; CLEMENTS, 2007; MARCELLIN et al., 2011) e podem estar relacionados com piores resultados do tratamento.

No entanto, não verificaram associação significativa entre presença de autoeficácia e perda de doses da medicação, mas, considerando-se as subescalas de autoeficácia, verificaram associação significativa entre a subescala comunicação e sexo ($p = 0,001$) e sintomas depressivos ($p = 0,024$) e ainda com perdas de doses de Ribavirina, após ajuste para idade, etnia, estado civil, plano de saúde e ocupação.

Entre as limitações apontadas por Bonner et al. (2015), o uso de rigorosos critérios de exclusão como, apresentar comorbidades psiquiátricas graves, dependência de drogas ou álcool podem ter excluído sujeitos com menores níveis basais de autoeficácia. Uma segunda limitação citada pelos autores foi a perda dos dados sobre autoeficácia de 71 participantes, no segundo momento de avaliação, o que certamente pode ter interferido nos resultados. Além disso, os pacientes analisados haviam participado de grupo psicoeducativo antes e durante o tratamento com objetivo de melhorar adesão ao tratamento o que também pode ter contribuído para melhor nível de adesão ao tratamento.

Apesar de apenas um estudo (BONNER et al., 2015) ter analisado a expectativa de autoeficácia como fator associado à adesão, outros autores têm ressaltado sua importância para a adesão ao tratamento em outras doenças crônicas (WHO, 2003; SEIDL et al. 2007; PATRÃO, 2011). Ressalta-se, como afirma Amaral (1993), que a autoeficácia percebida pelo indivíduo pode ser mediador cognitivo fundamental para orientar as ações humanas, como por exemplo, o comportamento de aderir o tratamento. Desta forma, é muito importante o conhecimento sobre a motivação dos pacientes para se compreender e estimular suas possibilidades de aderir a um tratamento ou de desenvolver os chamados comportamentos de saúde (LEITE et al., 2002; ARAÚJO; MOURA, 2011). A falta da inclusão desta variável, como um dos possíveis fatores relacionados ao indivíduo nas investigações sobre adesão ao tratamento de Hepatite C e ainda a ausência de

estudos sobre a percepção da doença (GROSS, 2012; SOUZA, 2014), outra característica psicológica associada à adesão, que refere-se a maneira como os indivíduos entendem e lidam com sua doença, reforça a visão de que o modelo biomédico ainda está presente, hegemonicamente, especialmente nos estudos de adesão ao tratamento e da própria compreensão da doença. Com afirmam Leite e Vasconcellos (2003) e essa revisão também mostra, parece haver uma desconsideração do paciente como dotado de expectativas, crenças, conhecimentos, interesses que produzem e dão sentido a suas ações, entre essas, aderir ou não a um tratamento.

A análise dos resultados das sete pesquisas (KRAUS et al., 2001; GREBELY et al., 2011; MARCELLIN et al., 2011; RE et al., 2011; WAGNER et al., 2011; EVON et al., 2013; RE et al., 2011) que investigaram a associação entre adesão ao tratamento e fatores sociais e econômicos indicou achados não homogêneos: obtiveram associações significativas apenas o estudo de Evon et al., (2013) e Grebely et al. (2011). No estudo de Evon et al. (2013), pacientes mais jovens ($p=0,003$), afro-americanos ($p<0,001$), desempregados ($p<0,001$) ou que não estavam em relacionamento estável ($p=0,029$) apresentaram maior risco de perda de doses de Interferon Peguilado. Com relação à perda de doses de Ribavirina também estavam em maior risco os jovens ($p<0,001$), afro-americanos ($p<0,001$) durante as primeiras 24 semanas. Entre as semanas 24 e 48, a única variável de risco para perda de dose foi o desemprego ($p=0,002$). Com relação a não conclusão do tratamento houve associação significativa com ser mais jovem ($p=0,01$) e ser afro-americano ($p=0,071$). Esses achados são controversos na literatura sobre adesão ao tratamento de outras doenças crônicas, já que cada doença apresenta suas próprias características, contudo, ressalta-se que estar desempregado, não estar num relacionamento estável são condições adversas que podem estar associadas a não adesão ao tratamento. No estudo de revisão da literatura sobre fatores associados e medidas da adesão à terapia antirretroviral de Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), entre as variáveis sociodemográficas, os fatores associados independentemente com não adesão foram: idade; raça; sexo; escolaridade; renda e religião.

Entre os estudos de coorte, este (EVON et al., 2013) foi o único a pesquisar a associação entre adesão e apoio social, tendo sido verificado que não houve associação significativa entre apoio social e adesão ao tratamento.

No estudo de Grebely et al. (2011) a adesão ao tratamento da Hepatite C em 163 pacientes foi avaliada, além de suas possíveis associações com os fatores relacionados ao indivíduo, entre estes, funcionamento social, diagnóstico atual de depressão, uso de drogas e álcool, os fatores classificados como sociais e econômicos: sexo, idade, escolaridade, ocupação, moradia e com relação à doença e também os autores pesquisaram associação entre adesão e tempo de diagnóstico, doença sintomática ou assintomática e coinfeção. A adesão ao tratamento da Hepatite C foi avaliada pelo registro da enfermagem sobre a injeção semanal (Interferon Peguilado), sendo avaliado a partir deste registro o método de administração da dose, se foi aplicada dose total, a dose ajustada ou nenhuma dose, bem como as razões de ajustamento da dose. Foi considerado aderente o paciente que utilizou >80% da dose prescrita em >80% do período de tratamento previsto.

A proporção geral de adesão ao tratamento neste estudo (GREBELY et al., 2011) foi de 82%. Seus resultados apontaram que a adesão à dose, segundo a análise não ajustada ocorreu mais frequentemente em pessoas com moradia própria e coinfectados pelo HIV, e com menor frequência naqueles sem ensino superior. Já na análise ajustada, em geral, o único fator associado à adesão foi nível educacional mais alto ($p=0,018$). O estudo de Seidl et al. (2007) avaliou variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral e também encontrou associação significativa entre nível educacional superior e maior adesão ao tratamento. Seidl et al. (2007) destacaram que é possível supor, diante de seus achados, que possuir menor nível educacional pode estar relacionado à menor acessibilidade à informações sobre a doença e o tratamento, gerando prejuízos na adesão ao tratamento antirretroviral.

Grebely et al. (2011) consideraram como uma limitação o monitoramento da adesão, que ocorreu por meio do registro da enfermagem, o que pode ter ocasionado uma subnotificação de doses perdidas, assim, pode ter sido superestimada a adesão. Discutiu-se também a diferença nos valores de adesão entre medicamentos em comprimidos diários e uma medicação injetável semanal (Interferon Peguilado), a qual é aplicada apenas uma vez na semana e, muitas vezes é aplicada no próprio local de tratamento ou centro de saúde de referência do paciente, o que poderia favorecer melhor adesão.

Como já destacado, de forma geral, as variáveis psicológicas e sociais mais investigadas com relação à adesão ao tratamento foram: sintomas de depressão,

transtornos psiquiátricos, e o uso de substâncias (álcool e outras drogas) e fatores sociodemográficos (idade, ocupação, escolaridade, sexo, etnia). Outras variáveis estudadas foram a presença de raiva, hostilidade, problemas interpessoais, com apenas um estudo sobre o efeito da autoeficácia na adesão, e outro sobre a adesão e mudanças de estilo de vida, no se que referia à aquisição de comportamentos relacionados à saúde e apenas um estudo investigou o papel do apoio social.

Pode-se observar nessas publicações aqui analisadas que o foco dessas investigações voltou-se prioritariamente aos fatores de risco para não adesão, sendo raros os aspectos protetivos investigados, fatores que, se considerados, poderiam oferecer direções para programas que visem ampliar a adesão ao tratamento de Hepatite C.

Destaca-se que nos três estudos qualitativos incluídos na amostra, emergiram, a partir da escuta dos pacientes, alguns desses aspectos, como percepção da doença, interação médico-paciente, apoio social, efeitos colaterais do tratamento, uma vez que as pesquisas qualitativas podem favorecer, como lembram Polejack e Seidl (2010), a compreensão de padrões de doses e as crenças e comportamentos do indivíduo relacionados à adesão ao tratamento em cada cultura.

O estudo de North et al. (2013) utilizou a técnica do grupo focal de discussão (GFD) para investigar as perspectivas dos pacientes em relação à Hepatite C e tratamento. A amostra deste estudo foi composta por 48 participantes divididos em nove grupos. Os GFD foram conduzidos por um psiquiatra e um hepatologista com duração média de uma a uma hora e meia. Os resultados das discussões foram transcritos e categorizados, por meio da análise de conteúdo, em oito categorias: compreensão do processo de tratamento, informação sobre a Hepatite C, características sociais, necessidade de informação, barreiras ao tratamento, desejo de realizar o tratamento, conhecimento do paciente e estratégias de enfrentamento.

A categoria sobre compreensão do processo de tratamento incluiu manifestações trazidas pelos pacientes sobre pensamentos, sentimentos e entendimento sobre a doença, incluindo, portanto, os aspectos sobre a percepção do paciente sobre a doença. Diretamente relacionadas à percepção que o indivíduo tinha sobre a Hepatite C, as informações sobre a doença e seu tratamento, segundo o que foi observado nas narrativas dos pacientes, não haviam sido necessariamente obtidas por meio das consultas e dos profissionais da saúde, evidenciando frustrações e receios com relação à qualidade e quantidade das informações

recebidas, o que parecia interferir na confiança em relação aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, no vínculo paciente-profissional da saúde.

A análise do material produzido nos GFD, na pesquisa de North et al. (2013), revelou que a comunicação entre médico e paciente foi questão bastante importante, tendo sido considerada como uma barreira ao tratamento. Outras barreiras identificadas nas falas apresentadas nos grupos foram as dificuldades financeiras e logísticas, o fato da Hepatite C ser uma doença assintomática e a possibilidade de se completar um tratamento, considerado difícil, sem atingir a resposta esperada.

Outro estudo com delineamento qualitativo, de Evon et al. (2015), contou com uma amostra de 21 pacientes, em diferentes momentos do tratamento. A escolha de inclusão de pessoas em diversos períodos de tratamento visou contemplar diferentes vivências, experiências, barreiras e facilitadores para a adesão ao tratamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada paciente, que foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo, identificando-se os temas relevantes. A análise final do estudo revelou três temáticas principais: perda de doses e erros de horário, facilitadores e por último as barreiras à adesão. Onze (n=21) relataram irregularidades no horário da medicação, por exemplo, atrasos, doses dobradas e esquecimentos, porém, esse conteúdo surgiu apenas quando questionados mais diretamente sobre os horários das medicações.

Com relação aos facilitadores da adesão, Evon et al. (2015) categorizaram os relatos em: fatores motivadores (internos e externos) e em estratégias comportamentais utilizadas para lembrarem-se de tomar as medicações. Os fatores motivadores externos relatados foram busca de maior conhecimento e informações, tais como, a informação de que o tratamento poderia curá-los da Hepatite C, questão já destacada por Horne (2008), como a percepção da necessidade do tratamento, das conseqüências positivas desta cura, bem como a importância da motivação social.

Fatores cognitivos, também estudados por Evon et al. (2015), foram a presença locus de controle interno, como facilitadores para a adesão ao tratamento, e também a presença de pensamentos otimistas. Foram ainda identificados nas falas, como catalisadores relacionados à adesão, estados emocionais, como por exemplo, estar ansioso. A estratégia comportamental mais mencionada, no estudo de Evon et al. (2015), foi manter uma rotina nos horários das medicações, e ainda tomar os remédios em horários específicos, levando em conta os efeitos colaterais

para os quais alguns participantes também relataram estratégias específicas para reduzi-los. Foi ainda identificada a solicitação de suporte emocional e de obtenção de informações junto à equipe, como importante estratégia de enfrentamento

Já no que se referia às barreiras identificadas entre os participantes desta pesquisa (EVON et al.; 2015), constatou-se que essas estavam frequentemente relacionadas à perda de doses e atrasos de forma não intencional. Estar ocupado ou ter uma mudança na rotina foram apontados como barreiras não intencionais relacionadas à adesão ao tratamento. A percepção de que a preocupação com as responsabilidades da família e do trabalho poderiam levá-los à agitação e, conseqüentemente, a perda de uma dose da medicação, também foi referida pelos participantes. No entanto, alguns pacientes também verbalizaram perdas intencionais, principalmente em decorrência dos efeitos colaterais das medicações.

Outra pesquisa (SUBLETTLE et al., 2015), em que foram realizadas vinte entrevistas, visou investigar fatores que poderiam influenciar na adesão e na conclusão do tratamento. A análise de conteúdo das entrevistas identificou quatro grandes temas: 1) motivações para o início do tratamento; 2) o papel da comunicação entre profissional e paciente durante todo o tratamento; 3) os facilitadores e barreiras para adesão ao tratamento e 4) a adesão ao tratamento e conclusão do tratamento.

Pacientes expressaram diversas razões para início do tratamento, tais como, medo trazido pelo relato de conhecidos, amigos ou familiares sobre possíveis complicações da cirrose ou sobre a possibilidade de desenvolvimento de câncer de fígado, como decorrência da Hepatite. Além disso, relataram que o estigma e a vergonha pela doença também foram motivadores para iniciar e concluir o tratamento, já que expressaram a percepção de que completar o tratamento poderia erradicar além do vírus, a vergonha e embaraço que eles tinham experimentado em ter a doença.

Corroborando os achados do estudo de Evon et al. (2015), Sublettlet et al., (2015) também relataram que a comunicação entre o médico e paciente poderia ter impacto tanto para o início do tratamento como para a percepção sobre a experiência de tratamento. Pacientes que relataram ter recebido informações adequadas sobre sua doença referiram níveis mais altos de satisfação e motivação para aderir e completar o tratamento. Além disso, referiram esses autores, que

alguns pacientes relataram necessidade de serem informados sobre sua evolução clínica, fosse ela positiva ou negativa.

Ainda no estudo de Sublette et al., (2015), apoio social foi descrito como um dos facilitadores para a adesão ao tratamento, demonstrando a necessidade de se poder contar com pessoas (cônjuges, amigos ou crianças) para se fortalecerem e continuarem o tratamento em momentos difíceis, além dessas pessoas poderem ajudá-los a lidar com dificuldades e sofrimento diante dos efeitos colaterais do tratamento. No entanto, referem esses autores que houve relatos de que, para alguns pacientes, sintomas depressivos impediam a busca por apoio.

Nessa investigação, as estratégias de enfrentamento descritas variaram entre estratégias adaptativas (realização de exercício físico) e mal-adaptativas (o uso legal e ilegal de substâncias para ajudar a controlar os efeitos adversos associados com o tratamento).

Com relação às barreiras ao tratamento estudados por Sublette et al., (2015), os participantes entrevistados relataram: efeitos colaterais dos medicamentos, a complexidade do esquema de administração da medicação, a falta de apoio social e as limitações do sistema de saúde.

Pode-se resumir alguns aspectos das pesquisas analisadas, conforme sinteticamente apresentadas no Quadro 4, a maioria dos estudos avaliou adesão quantitativamente (por exemplo, proporção de doses tomadas em relação às doses prescritas), porém alguns estudos adotaram outras definições de adesão, como por exemplo, concluir o tratamento. Também foram definidos nos estudos diferentes pontos de corte para a adesão, que variaram de 80% a 100%, contudo, dois estudos não os definiram (EVON et al., 2013; BONNER et al., 2015).

Já em relação ao monitoramento da adesão, o autorrelato foi utilizado em 36% dos estudos (SYLVESTRE; CLEMENTS, 2007; MARCELLIN et al., 2011; WAGNER et al., 2011; BATOOL et al., 2014), seguido pelo registro de farmácia (27%) (GREBELY et al., 2011; RE et al., 2011; RE et al., 2013). O monitoramento eletrônico foi utilizado em dois estudos (18%) (EVON et al., 2013; BONNER et al., 2015) e um estudo (KRAUS et al., 2011) utilizou o registro de prontuário para avaliar adesão ao tratamento por meio da conclusão do tratamento (9,5%). Outro estudo (MARTIN-SANTOS et al., 2007) não utilizou nenhuma medida e definiu como aderente o paciente que utilizou >80% de ambas as medicações e/ou completou o tratamento. A taxa de não adesão entre os estudos variou de 12% a 32%. As taxas

variaram, principalmente, segundo o tipo de medida, o desenho do estudo e o ponto de corte da adesão. Portanto, chama-se atenção para o fato de que, como os estudos utilizaram diferentes pontos de corte e formas de monitoramento da adesão, torna-se difícil estabelecer comparações de resultados entre as pesquisas. Desta forma, pode-se concluir que os pontos de corte para avaliar a adesão e o aperfeiçoamento das formas de medida da mesma ainda carecem de aprimoramento.

Quadro 4 – Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento

Artigos	Formas de Monitoramento	Avaliação da Adesão ao tratamento
A01	Monitoramento Eletrônico	-
A02	Método Combinado (autorrelato e contagem de pílulas)	>80/80/80 = aderentes
A03	Registro de farmácia	>80/80 = aderentes
A04	-	Conclusão do tratamento ou >80% das doses prescritas = aderentes
A05	Autorrelato	>80% a 100% = aderentes
A06	Autorrelato (Escala Visual)	100% e >100%
A07	Registro de Farmácia	<40% a 100%
A08	Registro de Farmácia	<70%; 71-80%; 81-90%; 91-100%
A12	Monitoramento Eletrônico	-
A13	Autorrelato (Escala de Morisky)	>8 pontos na escala - Aderente
A14	-	Aderente = Iniciar o tratamento e concluir o tratamento ou ter menos de duas e não recair ao uso de substâncias

Síntese dos Resultados e Considerações Finais

6 SÍNTESE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa da literatura reuniu e sintetizou a produção acadêmica em relação às variáveis associadas à adesão ao tratamento da Hepatite C. Salienta-se que não foram encontradas outras revisões integrativas com esse objetivo, o que faz esse trabalho inédito.

Os resultados desta pesquisa indicaram predomínio de estudos com delineamento quantitativo, que pretendiam identificar, como possíveis fatores de risco para não adesão dos pacientes ao tratamento, características dos mesmos (apresentar ou não transtornos psiquiátricos, fazer uso de substâncias, características psicológicas e condições sociodemográficas). Salienta-se, no entanto, que foram muito raros os estudos que focalizaram as condições de aumento da adesão, como interação com a equipe, comportamentos dos pacientes, condições do serviço, do tratamento e da doença.

Na análise dos resultados das pesquisas constatou-se uma ausência de homogeneidade entre as variáveis explanatórias investigadas e das medidas e definição de adesão ao tratamento da Hepatite C.

Quatro estudos investigaram associação entre apresentar transtorno psiquiátrico e possível não adesão ao tratamento, entre esses dois obtiveram resultados estatisticamente significativos. Já em sete pesquisas que investigaram sintomas depressivos e ansiosos como possíveis fatores de risco para não adesão ao tratamento da Hepatite C, os resultados foram significativos em apenas dois estudos. A investigação sobre uso abusivo de substâncias (álcool e outras drogas) como possível fator de risco foi efetuada em cinco estudos, tendo sido constatada associação significativa entre uso regular de drogas e menor adesão ao tratamento em três estudos.

A análise da possível associação entre variáveis sociodemográficas e adesão também apresentou resultados não homogêneos: foram identificadas associações significativas entre não adesão e as seguintes características: ser mais jovem, ser afro-americano, estar desempregado, não estar em relacionamento estável e apresentar menor nível de escolaridade.

As diferenças entre os resultados encontrados nesses estudos, possivelmente, podem ser explicadas pelos diferentes critérios de inclusão e exclusão para o estudo, diversidade em relação às características e tamanhos

amostrais e ainda os diferentes instrumentos de avaliação como, por exemplo, dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, constatou-se que os estudos aqui avaliados utilizaram diferentes formas de monitoramento da adesão ao tratamento, o que pode ter dificultado a comparação dos resultados.

Nos artigos revistos predominaram o uso de medidas subjetivas, majoritariamente baseadas no autorrelato. Além disso, foram utilizados diferentes pontos de corte para avaliação da adesão e a taxa de não adesão variou entre 12% a 32%. Apesar desta variação, pode-se considerar alto o índice de não adesão ao tratamento da Hepatite C, principalmente considerando-se que nos novos tratamentos disponíveis para Hepatite C¹, a perda de doses pode levar ao desenvolvimento de resistência viral, prejudicando um possível tratamento futuro diante de falha terapêutica.

Os estudos qualitativos aqui analisados trouxeram contribuições que podem também auxiliar na compreensão do comportamento da adesão ao tratamento. Esses estudos mostraram a importância da avaliação da percepção do indivíduo sobre sua doença, e como esta percepção está relacionada com a comunicação médico-paciente, uma vez que as informações oferecidas ao paciente podem alterar sua percepção da doença o que, possivelmente, poderia melhorar a adesão ao tratamento. Fatores relacionados aos serviços de saúde, à doença e ao tratamento também emergiram nessas pesquisas como aspectos que interferem na adesão: dificuldades diante dos efeitos colaterais dos medicamentos, complexidade do esquema de administração da medicação, falta de apoio social e limitações do sistema de saúde.

A visão multidimensional do comportamento de adesão do paciente mostrou-se escassa nos artigos revisados, predominando, segundo a análise aqui efetuada, a visão de que a adesão ao tratamento é um problema localizado no paciente, sendo minimizada nos estudos quantitativos a visão do paciente como ser social, com crenças, expectativas, conhecimentos, dificuldades e valores socioculturais, que produzem sentidos e significados sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo de adoecimento.

¹ Simeprevir, Sofosbuvir, Daclatasvir e o esquema 3D: Veruprevir/ritonavir, Ombitasvir/Dasabuvir com ou sem Ribavirina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2016)

Além disso, as pesquisas aqui descritas investigaram apenas a adesão ao tratamento medicamentoso por meio de medidas das taxas de adesão/não adesão, não contemplando em suas análises a participação e corresponsabilidade do paciente e da equipe de profissionais com o comportamento da adesão. Também se destaca que não foi considerada nos resultados descritos avaliação da adesão a outras intervenções que não a medicamentosa, como possíveis mudanças comportamentais e de estilo de vida. Pesquisas futuras devem olhar integralmente para o sujeito e avaliar a adesão como fenômeno multidimensional, ampliando-se o leque de avaliação, além de se aperfeiçoarem as medidas para melhor comparação entre os resultados.

Neste sentido, destaca-se também a necessidade de estudos que avaliem variáveis psicológicas e sociais que pouco foram ou quase não foram investigadas nas pesquisas identificadas nesta revisão. A expectativa de autoeficácia, a percepção da doença, as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes diante de barreiras à adesão, o papel do apoio social na adesão ao tratamento da Hepatite C, já investigadas e consideradas relevantes em estudos de adesão ao tratamento para outras doenças crônicas, ainda não foram suficientemente abordadas em relação à Hepatite C.

Diante da análise desses achados e da ainda limitada investigação de fatores de risco para não adesão ao tratamento da Hepatite C, levando-se em conta a definição de adesão aqui adotada, considera-se que profissionais de saúde deveriam possibilitar aos pacientes o acesso a um cuidado integral, manter com eles um canal aberto de comunicação não somente para a abordagem de questões relacionadas ao tratamento, como também deveriam oferecer apoio àqueles com baixa expectativa de adesão. Intervenções psicoeducativas deveriam ser contínuas, ao longo do tratamento, para poderem contribuir para a melhoria do bem estar social e emocional dos indivíduos, com reflexo no incremento da expectativa de autoeficácia do paciente para seguir a prescrição do tratamento.

Conhecer os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento da Hepatite C é extremamente importante, seja pela gravidade da doença, pelo aumento de sua incidência, pela complexidade e custo do tratamento que exige adesão completa para se obter a RVS, além do impacto pessoal e social dessa doença e de seu tratamento, que faz da mesma um problema de saúde pública.

Considera-se que a relevância desta revisão está em apontar a necessidade de se ampliarem as pesquisas, especialmente sobre o papel das variáveis psicológicas e das características da comunicação com os profissionais de saúde que possam favorecer melhor adesão. Pesquisas com esse intuito, ainda tão ausentes da literatura, poderão contribuir para o desenvolvimento de programas psicoeducativos para que se amplie a adesão aos tratamentos hoje disponíveis.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. P.; PEREIRA, M. G.; FONTOURA, M. Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. *Revista SBPH*, v.15 n.1, 2012.

ALVES, G. A. et al. Quality of life of patients with hepatitis C. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.45, n.5, pp.553-557, 2012.

AMARAL, J. C. *Auto-eficácia, auto-regulação e desempenho na realização de tarefas cognitivas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Educacional) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1993.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.21, n.4, pp.533-538, 2012.

ARAÚJO, M.; MOURA, O. Estrutura factorial da Geneal Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, v.9, n.1, pp.95-105, 2011.

ASCIONE, A. Boceprevir in chronic hepatitis C infection: a perspective review. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, v.3, n.3, pp.113–121, 2012.

AXELSSON, M. et al. The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLoS ONE*, v.6, n.3, 2011.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, v.84, n.2, pp.191-215, 1977.

_____, A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management*, v.38, n.1, pp.09-44, 2012.

BARONE, A. A. Hepatite por VHC – aspectos viróticos e suas implicações práticas. In: *Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*. São Paulo: Office Editora e Publicidade, pp.20-23, 2008.

BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, n.112, 2010.

BATOOL, S.; KAUSAR, R. Health Related Behaviors and Medication Adherence in Patients with Hepatitis C. *Journal of Behavioural Sciences*, v.25, n.1, 2015.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista Saúde Pública*, v.46, n.2, pp.279-89, 2012.

BONNER, J. E. et al. Self-Efficacy and Adherence to Antiviral Treatment for Chronic Hepatitis C. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2013.

BONOLO, P. A.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde*, v.16, n.4, pp.261-278, 2007.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v.5, n.11, pp.121-136, 2011.

BRASIL. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico: Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Inibidores de Proteáse (Boceprevir e Telaprevir) para o Tratamento da Hepatite Crônica C*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRATT, C. R. Tratamento da Hepatite C e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Farmácia*, v.90, n.1, pp.19-26, 2009.

CACOUB, P. et al. Patient education improves adherence to peg-interferon and ribavirin in chronic genotype 2 or 3 hepatitis C virus infection: A prospective, real-life, observational study. *World Journal of Gastroenterology*, v.14, n.40, pp.6195–6203, 2008.

CALVETTI, P. U.; GIOVELLI, G. M.; GAUER, G. C. Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v.20, n.1, s.2, pp.75-80, 2012.

CAMERON, L. D. LEVENTHAL, H. Self-regulation, health and illness. In: CAMERON, L. D.; LEVENTHAL, H. *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge, 2008.

CAVALHEIRO, N. P. Hepatite C: Genotipagem. In: *Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*. São Paulo: Office Editora e Publicidade, pp.40-43, 2008.

CESSE, E. A. P. *Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Centro De Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

CIOE, P. A. et al. A Comparison of Modified Directly Observed Therapy to Standard Care for Chronic Hepatitis C. *J Community Health*, 2013.

DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium*, v.40, pp.201-219, 2011.

DICIONÁRIO Oxford *Advanced Learner's Dictionary*. Oxford University Press. Oxford, 7th edition, 2005.

DIMATTEO, M. R.; DINICOLA, D. D. *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press Office, 1982.

_____, M. R; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, v.160, 2000.

_____, M. R. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, v.42, n.3, 2004.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.21, n.4, 2012.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Rev Min Enferm.*, v.18, n.1, pp.1-260, 2014.

EVON, D. M. et al. Adherence to PEG/Ribavirin Treatment for Chronic Hepatitis C: Prevalence, Patterns, and Predictors of Missed Doses and Nonpersistence. *J Viral Hepat.*, v.20, n.8, pp.536–549, 2013.

_____, D. M. Adherence During Antiviral Treatment Regimens for Chronic Hepatitis C. A Qualitative Study of Patient-reported Facilitators and Barriers. *J Clin Gastroenterol*, v.49, n.5, 2015.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.7, n.4, pp.473-487, 2004.

GHANY, M. G. et al. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*, v.49, n.4, pp.1335-1374, 2009.

_____ et al. An Update on Treatment of Genotype 1 Chronic Hepatitis C Virus Infection: 2011 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 2012.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing Research. *Research in Nursing & Health*, v.10, n.1, pp.1-11, 1987.

GARCIA, T. J. et al. Efeitos colaterais do tratamento da hepatite C no pólo aplicador do ABC. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.58, n.5, pp.543-549, 2012.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Ensaio*, v.20, n.1, pp.395-411, 2014.

GOMEZ, P. F.; GUTIERREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.5, pp.925-930, 2011.

GREBELY, J. et al. Adherence to treatment for recently acquired hepatitis C virus (HCV) infection among injecting drug users. *J. Hepatol.*, v.55, n.1, pp.76–85, 2011.

GRENARD, J. L. et al. Depression and Medication Adherence in the Treatment of Chronic Diseases in the United States: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*, v.26, n.10, pp.1175–1182, 2011.

GROSS, C. Q. *Percepção sobre a doença renal crônica, estratégias de enfrentamento e adesão ao tratamento em pacientes em Hemodiálise*. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2012.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertens*, v.13, n.1, pp.23-25, 2006.

HAJARIZADEH, B.; GREBELY, J.; DORE, G. J. Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, v.10, pp.553-562, 2013.

HORNE, R. Treatment perceptions and self-regulation. In: CAMERON, L. D.; LEVENTHAL, H. *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge, 2008.

KRAUS, M. R. et al. Compliance with Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C. Associations with Psychiatric Symptoms, Interpersonal Problems, and Mode of Acquisition. *Digestive Diseases and Sciences*, v.46, n.10, pp.2060–2065, 2001.

LEITE, J. C. C. et al. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.15, n.1, pp.121-133, 2002.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.3, pp.775-782, 2003.

MAASOUMY, B.; MANNS, M. P. Optimal treatment with boceprevir for chronic HCV infection. *Liver International*, pp.14-22, 2013.

MACHADO, D. A. *Qualidade de vida e morbidade psicológica de pacientes portadores de Hepatite c em Tratamento com interferon peguilado e Ribavirina*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB – Botucatu, 2009.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, v.29, n.4, pp.647-53, 2008.

MARCELLIN, P. et al. Adherence to treatment and quality of life during hepatitis C therapy: a prospective, real-life, observational study. *Liver International*, 2011.

MARTIN, L. R. et al. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, v.1, n.3, pp.189–199, 2005.

MARTIN-SANTOS, R. et al. De novo depression and anxiety disorders and influence on adherence during peginterferon-alpha-2a and ribavirin treatment in patients with hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther*, v.27, pp.257–265, 2008.

MEDEIROS, L. P. J. et al. Interferon-induced depression in patients with hepatitis C: an epidemiologic study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.60, n.1, pp.35-39, 2014.

MEICHENBAUM, D.; TURK, D. C. *Facilitating Treatment Adherence*. A Practitioner's Guidebook. New York: Plenum Press, 1987.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.5, pp.955-964, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Contexto Enfermagem*, v.17, n.4, pp.758-764, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, v.24, n.1, pp.67-74, 1986.

NEMES, M. I. B. et al. *Aderência ao tratamento por antirretrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo*. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

NOGUEIRA, G. S.; SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Análise Fatorial Exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.32, n.1, pp.161-168, 2016.

NOOR, A.; BASHIR, S; EARNSHAW, V. A. Bullying, internalized hepatitis (Hepatitis C virus) stigma, and self-esteem: Does spirituality curtail the relationship in the workplace. *J Health Psychol*, 2015.

NORTH, C. S. et al. Patient perspectives on hepatitis C and its treatment. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, v.26, pp.74–81, 2014.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev. Bras. Farm.*, v.93, n.4, pp.403-410, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. 2003.

OSÓRIO, F. M. F. et al. Aspectos epidemiológicos do carcinoma hepatocelular em centro de referência de Minas Gerais. *Arq. Gastroenterol.*, v.50, n.2, pp.97-100, 2013.

OSTERBERG, M. D. L. BLASCHKE, T. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, v.353, n.5, pp.487-497, 2005.

PATRÃO, M. C. L. Autoeficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratadas. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina, Coimbra, 2011.

PAVLOVIC, Z. et al. Depressive symptoms in patients with hepatitis C treated with pegylated interferon alpha therapy: a 24-week prospective study. *Psychiatria Danubina*, v.23, pp.370-377, 2011.

POLEJACK, L.; SEILD, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, pp.1201-1208, 2010.

RE, V. L. et al. Relationship between adherence to hepatitis C virus therapy and virologic outcomes: a cohort study. *Ann Intern Med.*, v.155, n.6, pp.353-360, 2011.

_____, V. L. et al. Adherence to Hepatitis C Virus Therapy in HIV/Hepatitis C Coinfected Patients. *AIDS Behav.*, v.17, n.1, pp.94–103, 2013.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, sup.2, pp.2299-2306, 2008.

ROCHA, J. M. *Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio*. 2010.112. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2010.

ROSA, J. A. *Tratamento de pacientes com hepatite VIRAL C crônica: a experiência do pólo de aplicação e monitoramento de medicamentos injetáveis do Hospital Nereu Ramos, de 2005 a 2008*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

SANTOS, W. J. et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.6, pp.1028-1037, 2011.

SARMENTO, S. M. S. *ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE: Tendências e perspectivas na literatura nacional e Internacional*. 2001. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, pp.897-908, 2004.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, pp.2305-2316, 2007.

SILVA, N. L. et al. Compliance with treatment: related-issues and insights for pharmacist intervention. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v.47, n.1, 2011.

SOARES, C. B. et al. Revisão Integrativa: conceitos e métodos utilizados em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 48, n.2, pp.335-345, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. *Consenso sobre Hepatite C Crônica da Sociedade Brasileira de Hepatologia*, 2014.

_____. *Consenso sobre Hepatite C Crônica da Sociedade Brasileira de Hepatologia*, 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v.8, n.1, pp-102-106, 2010.

- SOUZA, S. P. A. de. Percepção da doença e adesão ao tratamento em um grupo de pacientes com hipotireoidismo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe – São Cristóvão, 2014.
- SUBLETTE, V. A. et al. The Hepatitis C treatment experience: patients' perceptions of the facilitators of and barriers to uptake, adherence and completion. *Psychology & Health*, v.30, n.8, pp.987-1004, 2015.
- SYLVESTRE, D. L. CLEMENTS, B. J. Adherence to Hepatitis C treatment in recovering heroin users maintained on methadone. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, v.19, n.9, 2007.
- TÉLLEZ, A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, v.132, pp.1453-1455, 2004.
- THOMAS, C. V.; CASTRO, E. K. Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.13, n.1, 2012.
- VERDUGO, R. M.; GÓMEZ, M. R. Un nuevo escenario terapéutico en el tratamiento de la hepatitis crónica por vírus. *Farm. Hosp.*, v.36, n.6, pp.466-468, 2012.
- VISO, A. T. R. Patogenia da Hepatite C - Consenso VHC 2007. In: *Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, pp.24-31, 2008.
- VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v.73, n.5, 2012.
- WAGNER, G. et al. Patient Characteristics Associated with HCV Treatment Adherence, Treatment Completion, and Sustained Virologic Response in HIV Coinfected Patients. *AIDS Research and Treatment*, 2011.
- WEILER-NORMANN, C.; LOHSE, A. W. Treatment adherence – Room for improvement, not only in autoimmune hepatitis. *Journal of Hepatology*, v.57, pp.1168-1170, 2012.
- WEISS, J. J. et al. Hepatitis C patients' self-reported adherence to treatment with pegylated interferon and ribavirin. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, v.28, pp.289–293, 2008.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v.52, n.5, pp.546-553, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Hepatitis C*, 2002.

_____. *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis c infection*, 2016.

YÉPEZ, M. T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, v.6, n.2, pp.49-56, 2001.

Apêndice s

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Estratégia de busca

Estratégia de busca em português

((("Hepatite C" OR "Hepatite C crônica" OR VHC) AND ("adesão ao tratamento" OR aderente OR "não aderente" OR "não adesão") AND ("aspectos psicológicos" OR "preditores psicológicos" OR "condições sociais" OR "fatores socioeconômicos" OR resiliência OR "abuso de substâncias" OR "autoeficácia"))

Estratégia de busca em espanhol

((("Hepatitis C Crónica") AND ("Cumplimiento de la Medicación " OR "Adherencia al Tratamiento" OR "Adhesión a la Medicación" OR "Adhesión al Tratamiento" OR "Adhesión al Tratamiento Farmacológico" OR "Adhesión al Medicamento" OR "Sometimiento al Tratamiento" OR "No Adhesión al Tratamiento") AND ("aspectos psicológicos " OR "Indicadores Demográficos" OR Autoeficacia OR "Resiliencia Psicológica" OR "Trastornos Relacionados con Sustancias"))

APÊNDICE 2 – Categorização dos estudos

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A01	<p>Ano: 2015</p> <p>Autores: BONNER, J. E. et al.</p> <p>Periódico: J Clin Gastroenterol</p>	<p>Self-Efficacy and Adherence to Antiviral Treatment for Chronic Hepatitis C</p>	<p>Universidad e da Carolina do Norte – Carolina do Norte EUA</p>	<p>Avaliar associação entre autoeficácia e adesão ao tratamento</p>	<p>-Desenho do estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: afro-americanos (n=196) e brancos (205), naíves, genótipo 1.</p> <p>-Amostra: 401</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário Sociodemográfico • Escala Autoeficácia, modificada HIV (17 itens). • Depressão: CES-D (20 itens). • Adesão: monitoramento eletrônico <p>-Fatores investigados: Autoeficácia</p>	<p>A perda de doses aumentou ao longo do tempo de tratamento, em média a perda foi de 15% até semana 24 de tratamento e de 25% entre a semana 24 e 48.</p> <p>As classificações mais elevadas de autoeficácia foram encontradas entre alguns subgrupos: estar em relacionamento conjugal estável (p<0,001), mais instruídos (p=0,043), empregados (p<0,001) e que possuíam plano de saúde (p<0,001). Seus resultados apontaram também que houve uma boa expectativa de autoeficácia entre aqueles indivíduos sem sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentaram sintomas depressivos de leves a moderados (p<0,001) ou graves (p<0,001).</p> <p>Não houve associação significativa entre autoeficácia e adesão ao tratamento nas 24 semanas de tratamento (p=0,926) e entre a semana 24 e 48 (p=0,999).</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A02	<p>Ano: 2007</p> <p>Autores: SYLVESTRE e CLEMENTS.</p> <p>Periódico: Eur J Gastroenterol Hepatol.</p>	<p>Adherence to hepatitis C treatment in recovering heroin users maintained on methadone</p>	<p>Universidad e da Califórnia - Califórnia EUA</p>	<p>Definir o impacto de transtornos psiquiátricos em usuários em programa de substituição e outras barreiras à adesão ao tratamento</p>	<p>-Desenho do Estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: Homens e mulheres maiores de 18 anos, em um programa de tratamento metadona (>3 meses), com RNA HCV positivo. Exclusão: pacientes com depressão sem tratamento; usuários ativos (deixou de se critério de exclusão após os primeiros 25).</p> <p>-Amostra: 71</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário sociodemográfico • Inventário de Depressão de Beck • Consumo de álcool e drogas: autorrelato (mensalmente) e teste de urina pelo programa de metadona (mensalmente) • Adesão: Método Combinado - entrevistas mensais (autorrelato), registros de farmácia <p>-Variáveis investigadas: Transtorno psiquiátrico</p>	<p>Evidenciou-se neste estudo a presença de 42 pacientes (59%), dos 71 que compunham a amostra, com diagnósticos psiquiátricos, dos quais 33 (46%) relataram depressão e seis (8%) relataram depressão e ansiedade.</p> <p>Fatores associados a não adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtorno psiquiátrico preexistente ($p=0,04$); - Uso regular de drogas ($p=0,03$); <p>Fatores associados à adesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Início de uma medicação psiquiátrica durante o tratamento em pacientes sem diagnóstico de transtorno psiquiátrico pré-tratamento ($p= 0,02$).

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A03	<p>Ano: 2011</p> <p>Autores: GREBELY, J. et al.</p> <p>Periódico: Hepatol.</p>	<p>Adherence to treatment for recently acquired hepatitis C virus (HCV) infection among injecting drug users</p>	<p>Universidad e de Nova Gales do Sul Sydney Austrália</p>	<p>Investigar o tratamento de pacientes infectados recentemente, predominantemente e pacientes usuários de drogas injetáveis, também avaliar adesão ao tratamento e suas variáveis.</p>	<p>-Desenho do Estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: pacientes recentemente infectados, predominantemente usuários de drogas injetáveis.</p> <p>- Amostra: 163</p> <p>- Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opiate Treatment Index Social Functioning Scale • Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) • Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) • Adesão – registro da enfermagem <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Funcionamento social; Diagnóstico atual de depressão; Uso de drogas e álcool; Sexo; Idade; Escolaridade; Ocupação; Moradia; Tempo de diagnóstico; Doença sintomática/assintomática; Coinfecção.</p>	<p>A proporção geral de adesão ao tratamento neste estudo foi de 82%. Seus resultados apontaram que a adesão à dose, segundo a análise não ajustada, ocorreu mais frequentemente em pessoas com moradia própria e coinfectados pelo HIV, e com menor frequência naqueles sem ensino superior. Já na análise ajustada, em geral, o único fator associado à adesão foi nível educacional mais alto ($p=0,018$).</p> <p>-Fator associado com adesão: Nível educacional mais alto (ensino superior)</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A04	<p>Ano: 2007</p> <p>Autores: MARTIN-SANTOS et al.</p> <p>Periódico: Alimentary Pharmacology & Therapeutics</p>	<p>De novo depression and anxiety disorders and influence on adherence during peginterferon-alpha-2a and ribavirin treatment in patients with hepatitis C</p>	Hospital Del Mar Barcelona Espanha	Estudar a adesão ao tratamento, incidência e fatores de risco associados aos transtornos depressivos e ansiosos	<p>-Desenho do Estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: pacientes com hepatite crônica C, que iniciaram o tratamento com pegIFN e RVB em dois hospitais universitários em Barcelona (Espanha), abstinentes por no mínimo 6 meses. Critérios de exclusão: linguagem ou limitações cognitivas, outras doenças do fígado, coinfeção com Hepatite B ou HIV, CHC, doenças autoimunes. Também foram excluídos pacientes que após avaliação inicial apresentaram algum transtorno que não os afetivos, como um transtorno psicótico.</p> <p>- Amostra: 176</p> <p>- Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) • Patient Health Questionnaire (PHQ) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • Adesão – não houve utilização de método para avaliar adesão <p>-Variáveis investigadas: Ansiedade e Depressão</p>	<p>127 (87%) de 146 pacientes sem depressão ou ansiedade no início do estudo mostraram uma boa adesão ao tratamento.</p> <p>Fatores associados à não adesão: Ansiedade ou depressão (p=0,04).</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A05	<p>Ano: 2011 Autores: MARCELLIN, P. et al. Periódico: Liver International</p>	<p>Adherence to treatment and quality of life during hepatitis C therapy: a prospective, real-life, observational study</p>	<p>Universidad e de Paris França</p>	<p>Avaliar adesão a Hepatite C e identificar fatores associados com a não adesão.</p>	<p>-Desenho do estudo: Coorte</p> <p>-Amostra: 1860</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MOS 36-item short-form • SF-36 • Adesão - Questionário (autorrelato) – paciente e médico <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Transtorno psiquiátrico (início do tratamento) Uso de substâncias Idade Sexo Escolaridade Ocupação Distância do centro de referência (minutos) Tempo de diagnóstico Forma de contágio Genótipo do vírus Fibrose Comorbidades Doses das medicações Tempo de tratamento Efeitos colaterais Intervenção psicoeducativa Tratamentos prévios</p>	<p>No geral, 38% dos pacientes relataram 100% de adesão, o autorrelato do paciente foi discordante do relato do médico, com uma superestimativa de 20-30% no autorrelato dos médicos sobre adesão do paciente.</p> <p>Amostra de 1860 sujeitos, 22% apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico, sendo o diagnóstico de depressão o mais prevalente (11%). Qualidade de vida piorou durante o tratamento, mas retornou à linha de base após o final do tratamento.</p> <p>Fatores associados à adesão: Menor consumo de álcool no início do tratamento (p=0,05) Não ter sido usuário de drogas durante o período de seguimento (p=0,007) Ser coinfectedos HIV (p=0,003) Apresentar genótipo 3 (p=0,016) Naíve (p=0,028) Mais próximo do centro de tratamento (p=0,024)</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A06	<p>Ano: 2011</p> <p>Autores: WAGNER, G. et al.</p> <p>Periódico: AIDS Research and Treatment</p>	<p>Patient Characteristics Associated with HCV Treatment Adherence, Treatment Completion, and Sustained Virologic Response in HIV Coinfected Patients</p>	<p>Santa Monica USA</p>	<p>Avaliar as características dos pacientes associadas à adesão ao tratamento, conclusão do tratamento e RVS em pacientes coinfectados HIV</p>	<p>-Desenho do Estudo: coorte</p> <p>-Participantes: revisão dos prontuários de todos os pacientes atendidos de rotina para identificar pacientes co-infectados e elegíveis para o estudo.</p> <p>-Amostra: 72</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário sociodemográficos (gênero, idade, moradia, educação, uso de álcool) • Adesão: autorrelato (escala analógica visual) <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Depressão Transtorno psiquiátrico Uso de substâncias Idade Sexo Etnia Escolaridade Ocupação Estado conjugal</p>	<p>Verificou-se no estudo de Wagner et al. (2011) que 72% atingiram o critério de boa adesão. A adesão ao tratamento foi associada significativamente com a obtenção da RVS ($p=0,05$)</p> <p>Fatores associados à não adesão: Diagnóstico de transtorno psiquiátrico ($p=0,04$)</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A07	<p>Ano: 2011</p> <p>Autores: RE, L. et al.</p> <p>Periódico: Ann Intern Med</p>	<p>Relationship between adherence to hepatitis C virus therapy and virologic outcomes: a cohort study.</p>	<p>Universidad e da Pensilvânia Filadélfia EUA</p>	<p>Avaliar a relação entre a adesão à terapia HCV e RVS e examinar os fatores de risco para não-adesão.</p>	<p>-Desenho do Estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: pacientes infectados com HCV (genótipos 1, 2, 3 ou 4) com pelo menos uma prescrição para interferon peguilado e ribavirina, com resultados de RNA de HCV.</p> <p>-Amostra: 5,706</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesão: Registro de Farmácia • Prontuário do paciente <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Depressão Transtorno Bipolar Esquizofrenia Tratamento metadona Idade Sexo Etnia</p>	<p>Amostra composta por 5.706 pacientes não encontrou associação significativa entre os possíveis fatores preditores (sintomas depressivos, estar em tratamento com metadona e ter o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno bipolar) e baixa adesão ao tratamento da Hepatite C.</p> <p>resultados apontaram que a adesão às medicações foi elevada durante as primeiras 12 semanas, mas diminuiu durante o curso do tratamento e a adesão ao Interferon Peguilado permaneceu superior à Ribavirina em cada intervalo, já que geralmente a injeção de Interferon Peguilado é aplicada semanalmente no local onde o indivíduo trata.</p> <p>Níveis mais elevados de adesão foram associados com maiores taxas de resposta virológica sustentada (RVS)</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A08	<p>Ano: 2013</p> <p>Autores: RE, V. L.</p> <p>Periódico: AIDS Behav.</p>	<p>Adherence to Hepatitis C Virus Therapy in HIV/Hepatitis Coinfected Patients</p>	<p>Universidad e da Pensilvânia Filadélfia EUA</p>	<p>-Avaliar as alterações na adesão ao tratamento HCV ao longo do tratamento entre pacientes coinfectados</p> <p>- avaliar transtorno de depressão/bipolar, esquizofrenia, terapia com metadona como potenciais barreiras à adesão .</p>	<p>-Desenho do estudo: Coorte</p> <p>-Participantes: pacientes coinfectados HCV/HIV, gt 1,2,3 ou 4, que receberam pelo menos uma prescrição de interferon e ribavirina entre janeiro de 2001 e dezembro de 2006.</p> <p>-Amostra: 333</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesão: registro de farmácia <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Depressão Transtorno Bipolar Esquizofrenia Tratamento metadona Idade Sexo Etnia</p>	<p>O uso de metadona durante o tratamento foi associado com menor média de adesão ao Interferon Peguilado (p=0,002) e Ribavirina (p=0,04) comparativamente a aqueles que não estavam em tratamento com metadona. Níveis mais elevados de adesão foram associados com maiores taxas de resposta virológica sustentada (RVS) e a adesão a ambos os medicamentos diminuiu ao longo do tempo, mas a diminuição da adesão foi maior para a Ribavirina.</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A09	<p>Ano: 2015</p> <p>Autores: SUBLETTE, V. A. et al.</p> <p>Periódico: Psychol Health</p>	<p>The Hepatitis C treatment experience: Patients' perceptions of the facilitators of and barriers to uptake, adherence and completion</p>	<p>Universidad e de Sydney Sydney Austrália</p>	<p>Explorar as barreiras e facilitadores da adesão ao tratamento</p>	<p>-Desenho do Estudo: Qualitativo</p> <p>-Amostra: 20</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Semiestruturada 	<p>Quatro grandes temas:</p> <p>1) motivações para o início do tratamento: medo sobre possíveis complicações da cirrose ou sobre a possibilidade de desenvolvimento de câncer de fígado. Também o estigma (completar o tratamento poderia erradicar além do vírus, a vergonha e embaraço que eles tinham experimentado em ter a doença).</p> <p>2) papel da comunicação entre profissional e paciente durante todo o tratamento: poderia ter impacto tanto para o início do tratamento como para a percepção sobre a experiência de tratamento.</p> <p>3) os facilitadores e barreiras para adesão ao tratamento: apoio social, estratégias de enfrentamento (adaptativas e mal adaptativas), efeitos colaterais dos medicamentos. Já as barreiras: complexidade do esquema de administração da medicação, a falta de apoio social e as limitações do sistema de saúde.</p> <p>4) a adesão ao tratamento e conclusão do tratamento.</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A10	<p>Data: 2015</p> <p>Autores: EVON, D. M. et al.</p> <p>Periódico: J Clin Gastroenterol</p>	<p>Adherence during antiviral treatment regimens for chronic hepatitis C: a qualitative study of patient-reported facilitators and barriers.</p>	<p>Universidad e da Carolina do Norte EUA</p>	<p>Reunir informações qualitativas sobre as experiências de pacientes em tratamento antiviral, incluindo o efeitos colaterais e aspectos psicológicos e comportamentais em lidar com tais efeitos secundários; Facilitadores e barreiras à adesão à medicação</p>	<p>-Desenho do Estudo: Qualitativo</p> <p>-Participantes: Adultos de 18 anos de idade ou mais, diagnosticado com genótipos 1, 2 ou 3, em tratamento ou até quatro 4 semanas após completar o tratamento, em uma grande hospital terciário nos Estados. Propositadamente incluíram pacientes que estavam em fases precoces e tardias de vários regimes de tratamento para capturar o amplo espectro de experiências heterogêneas que ocorrem em toda a extensão do tratamento do VHC.</p> <p>-Amostra: 21</p> <p>-Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestruturada 	<p>A análise final do estudo revelou três temáticas principais: perda de doses e erros de horário, facilitadores e por último as barreiras à adesão. 11 (n=21) relataram irregularidades no horário da medicação, por exemplo, atrasos, doses dobradas e esquecimentos, porém, esse conteúdo surgiu apenas quando questionados mais diretamente sobre os horários das medicações. Facilitadores: fontes motivadoras internas e externas. Já no que se referia às barreiras constatou-se que essas estavam frequentemente relacionadas à perda de doses e atrasos de forma não intencional. Estar ocupado ou ter uma mudança na rotina foram apontados como barreiras não intencionais relacionadas à adesão ao tratamento. A percepção de que a preocupação com as responsabilidades da família e do trabalho poderiam levá-los à agitação e, conseqüentemente, a perda de uma dose da medicação, também foi referida pelos participantes. No entanto, alguns pacientes também verbalizaram perdas intencionais, principalmente em decorrência dos efeitos colaterais das medicações.</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A11	<p>Ano: 2014</p> <p>Autores: NORTH, C. et al.</p> <p>Periódico: European Journal of Gastroenterology & Hepatology</p>	<p>Patient perspectives on hepatitis C and its Treatment</p>	<p>Texas EUA</p>	<p>Barreiras para o tratamento da Hepatite C</p>	<p>Desenho do estudo: Qualitativo</p> <p>Participantes: diagnóstico de HCV, com ou sem coinfeção HIV, sem histórico de tratamento anterior ou em tratamento.</p> <p>Amostra: 48</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo Focal 	<p>Os resultados das discussões foram transcritos e categorizados, por meio da análise de conteúdo, em oito categorias: compreensão do processo de tratamento, informação sobre a Hepatite C, características sociais, necessidade de informação, barreiras ao tratamento, desejo em realizar o tratamento, conhecimento do paciente e estratégias de enfrentamento.</p> <p>Percepção da doença, comunicação médico-paciente (barreira ao tratamento),</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A12	<p>Ano:2013</p> <p>Autores: EVON, et al.</p> <p>Periódico: J Viral Hepat.</p>	<p>Adherence to PEG/ribavirin treatment for chronic hepatitis C: prevalence, patterns, and predictors of missed doses and nonpersistence</p>	<p>Universidad e do Norte da Carolina EUA</p>	<p>Identificar as características do paciente associadas à prevalência, padrões de doses perdidas e descontinuação do tratamento</p>	<p>Desenho do estudo: Coorte</p> <p>Participantes: 18 anos de idade ou mais, diagnosticado com genótipos 1, 2 ou 3, submetidos ou dentro de 4 semanas de completar tratamento em um centro médico terciário nos Estados Unidos</p> <p>Amostra: 48</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MOS Social Support Survey • Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) • SF-36 Health Survey • Visual Analog Symptom Scales • Adesão: Monitoramento Eletrônico <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Uso de substâncias Sintomas depressivos Qualidade de vida Idade Sexo Etnia Escolaridade Ocupação Estado conjugal Plano de saúde Apoio Social</p>	<p>Ser mais jovem, afro-americano, desempregado ou não casado apresentou maior risco de perdas de doses de PEG da semana 0-24; Escore de depressão da linha de base associou-se a perda de doses de PEG entre as semanas 24-48. Os pacientes que eram mais jovens ou Afro-americanos estavam mais propensos a perda de doses também a RBV diariamente das semanas 0-24;</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A13	<p>Ano: 2014</p> <p>Autores: Batool et al.</p> <p>Periódico: Journal of Behavioural Sciences</p>	<p>Health related behaviors and medication adherence in patients with hepatitis C</p>	<p>University of the Punjab Paquistão</p>	<p>Avaliar os comportamentos de saúde e adesão à medicação em pacientes com Hepatite C no Paquistão</p>	<p>Desenho do estudo: transversal</p> <p>Participantes: 100 pacientes (homens=50, mulheres=50) com Hepatite C. A amostra foi estabelecida a partir de dois diferentes hospitais no Paquistão.</p> <p>Amostra: 100</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário desenvolvido pelos autores sobre comportamentos relacionados à saúde. • Adesão: autorrelato (Escala Morisky) <p>-Variáveis investigadas: Comportamentos relacionados à saúde (dieta, atividade física, comportamento alimentar)</p>	<p>Batool & Kausar (2015) evidenciaram que os comportamentos relacionados com a saúde melhoraram significativamente após o diagnóstico da Hepatite C e que houve associação significativa positiva entre boa adesão e dieta, comportamento alimentar e mostrou relação negativa com o cansaço.</p>

Artigo	Ano, Autores e Revista	Título	Local/País	Objetivos	Método	Resultados
A14	<p>Ano: 2001</p> <p>Autores: KRAUS, et al.</p> <p>Periódico: Digestive Diseases and Sciences</p>	<p>Compliance with therapy in patients with chronic hepatitis C: associations with psychiatric symptoms, interpersonal problems, and mode of acquisition</p>	Alemanha	<p>Investigar sintomas psiquiátricos, problemas interpessoais, diferentes modos de aquisição da Hepatite C e fatores sociodemográficos em pacientes infectados com HCV como possíveis variáveis associadas a adesão ao tratamento</p>	<p>Desenho do estudo: Coorte</p> <p>Participantes: Infecção crônica de Hepatite C, documentado por testes de anticorpos e PCR</p> <p>Amostra: 74</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Check List 90 Items Revised SCL-90-R • Inventory of Interpersonal Problems IIP-C, short version, 64 itens • Adesão – registro de prontuários <p>-Variáveis investigadas:</p> <p>Ansiedade Depressão Raiva/hostilidade Problemas Interpessoais Idade Sexo Situação familiar Ocupação</p>	<p>Kraus et al. (2001) constataram que 17 (23%) pacientes com Hepatite C preencheram os critérios de não adesão.</p> <p>Após análise de regressão logística binária para determinar as variáveis preditoras da escala SCL-90-R para possível não adesão ao tratamento foram identificadas três variáveis: hostilidade ($p=0,009$), depressão ($p=0,015$) e ansiedade fóbica ($p=0,049$). Com relação a problemas interpessoais a escala IIP-6 apontou associação significativa entre não adesão e comportamento intrusivo ($p=0,014$). O modelo de regressão adotado foi capaz de classificar 86,5% de casos corretamente (classificação geral), a especificidade foi de 98,3%, mas obteve-se sensibilidade de apenas 47,1%.</p>