

Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids

Renata Bellenzani¹
Maria Ines Baptistella Nemes²
Vera Paiva³

BELLEZZANI, R.; NEMES, M.I.B.; PAIVA, V. Health professional-patient communication and care: evaluation of an intervention for HIV/AIDS treatment adherence. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.47, p.803-34, out./dez. 2013.

Interventions to improve HIV/AIDS treatment adherence are often based on cognitive approaches of the health professional-patient communication and health behaviors. From a social-constructionist perspective of professional-patient communication and treatment experiences, it was assessed the implementation process of an individual psychosocial intervention, consisting of 4 encounters and informed by the conceptual frameworks of Vulnerability and Human Rights in the psychosocial dimension of Care. Taking all 16 encounters (4 encounters with each participant), the implementation process was considered "moderately developed." Difficulties were encountered to develop dialogic conversations and decode meanings regarding the lack of adherence in social situations integrated with interpersonal and sociocultural scenarios. Despite the predominance of guidelines and motivational incentives for patients, there were also dialogic moments of co-understanding difficulties in adherence in its different meanings in medication intake scenes. This approach to care proves to be productive to enhance adherence practices.

Keywords: Medication adherence. Patient care. HIV/AIDS. Communication. Evaluation.

Abordagens cognitivistas da *comunicação profissional-paciente* e dos comportamentos em saúde predominam nas intervenções para apoiar a adesão ao tratamento de HIV/Aids. Mediante uma perspectiva construcionista social da *comunicação profissional-paciente* e de suas experiências com o tratamento, avaliou-se a implementação de uma intervenção psicossocial individual, composta por quatro encontros e informada pelo referencial da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos na dimensão psicossocial do Cuidado. No conjunto dos 16 encontros (quatro com cada voluntário), avaliou-se que o processo de implementação foi "moderadamente desenvolvido". Houve dificuldades para desenvolver *conversas dialógicas* e decodificar sentidos das falhas de adesão em situações sociais, articuladamente aos cenários interpessoais e socioculturais. Mesmo predominando orientações e incentivos aos pacientes, também ocorreram momentos dialógicos de co-compreensão das dificuldades de adesão, em seus diferentes sentidos nas cenas de tomadas. Esta modalidade de cuidado revela-se produtiva no campo das práticas em adesão.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Assistência ao paciente. HIV/Aids. Comunicação. Avaliação.

¹ Curso de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Rodovia BR 497 km 12, Cidade Universitária. Paranaíba, MS, Brasil. 79500-000. renata.bellenzani@ufms.br

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

³ Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia, USP.

Introdução

A adesão do paciente à terapia antirretroviral (TARV) é crucial para os programas de HIV/Aids⁴ em todo o mundo; dela dependem: a supressão duradoura de carga viral, a prevenção da resistência viral e falência, e a redução da morbidade e mortalidade (Rasu et al., 2013), possibilitando vidas saudáveis e produtivas às pessoas com HIV (Liau et al., 2013).

A adesão refere-se a quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações **acordadas** com o profissional da saúde ao tomar remédios, seguir dietas e/ou mudar o estilo de vida. É, sobretudo, um processo influenciado simultaneamente por vários fatores, requerendo uma abordagem multidisciplinar e contínua, especialmente nas doenças crônicas (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2004).

Afirmado o papel da assistência à saúde, a adesão é resultante do lidar dos pacientes, diariamente, com conjuntos dinâmicos de limitações, cujo enfrentamento “é construído e exercitado na vida social cotidiana, ou seja, em diversos contextos intersubjetivos, entre os quais sobressai, pela relevância e constância, a relação com o serviço de saúde” (Nemes, 2009, p.5).

O Programa Brasileiro de Aids preconiza a condução de atividades de incentivo e monitoramento da adesão pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), entre estas **consultas médicas e atendimentos individuais por outros profissionais de saúde, focados especificamente na adesão ao tratamento** (Brasil, 2008, 2007). Não houve, porém, estudos abrangentes de avaliação dessas atividades até 2009, quando um inquérito nos serviços do Estado de São Paulo mostrou que a abordagem da adesão é realizada, predominantemente, por médicos e enfermeiros no interior dos atendimentos regulares; e que a maioria das demais atividades dos serviços que envolvem adesão é pouco específica, insuficientemente protocolada e avaliada (Caraciolo et al., 2009).

Intervenções em adesão: comunicacionais, de aconselhamento e educativas

Com base em revisão de 36 estudos qualitativos publicados entre 1996 e 2005, Vervoort et al. (2007) sugerem que intervenções em adesão explorem as barreiras e os facilitadores da adesão da perspectiva dos pacientes, pois atuam como processos subjacentes aos fatores apontados por estudos epidemiológicos; e abordem os modos pelos quais as pessoas gerenciam seus cotidianos ao tomarem os antirretrovirais. As conversas com os pacientes devem abordar: a condição de “ser alguém que vive com HIV”, pois a aceitação melhora a adesão; manutenção ou não do sigilo sobre a soropositividade (se abrir pode tanto ajudar a melhorar a adesão, como se expor a comentários negativos e discriminações); as respostas clínicas benéficas da TARV (diminuição da carga viral, melhora da imunidade); e quais circunstâncias implicam esquecimentos ou alterações conscientes das tomadas da medicação. Recomenda-se: ofertar informações; solicitar que a pessoa descreva suas tomadas rotineiras; apoiar o desenvolvimento de habilidades, sobretudo de organizar a vida, antecipar riscos de falhas e acessar rede de suporte; desenvolver confiança nos profissionais mediante comunicação aberta e franca. “Adaptar a medicação à vida ao invés da vida à medicação é a primeira e a mais importante estratégia para promover a adesão” [tradução das autoras] (Vervoort et al., 2007, p.279).

Depreende-se, assim, que as atividades individuais de apoio à adesão devem investir fortemente na singularização e na disponibilização contínua de momentos

⁴Adotamos a sugestão do Departamento Nacional de DST/Aids/Hepatites, Ministério da Saúde, de grafar “aids” como substantivo comum, em caixa baixa, exceto na sigla “HIV/Aids”, nomes próprios e citações diretas.

de conversas entre profissionais e pacientes, sobre as experiências com o tratamento nos diferentes contextos, buscando formas de o paciente “viver melhor”, “da forma que *lhe convenha*” (Nemes et al., 2012, p.281).

Com base nas cinco principais perspectivas teóricas identificadas por Leventhal e Cameron (1987) nos trabalhos sobre intervenções em adesão em aids e tuberculose – comunicacional, biomédica, comportamental, cognitiva, de autorregulação e modelo transteórico – a revisão de Munro et al. (2007) aponta que os trabalhos da perspectiva comunicacional baseiam-se na ideia de que uma boa *comunicação profissional-cliente* (mensagem clara, conteúdo adequado e vínculo) repercute em melhoras na adesão, via a educação do paciente.

Embora desde o final dos anos 1990 atribuam-se efeitos de determinadas características da comunicação e da interação médico-paciente na adesão – receber informações sobre seu tratamento, ser escutado e respeitado, ser ativo em questionar (Roberts, Volberding, 1999) – a perspectiva comunicacional é a que tem menos trabalhos categorizados (cinco); destes, somente dois são artigos de revisão (Griffin et al., 2004; Lewin et al., 2001) que examinam efeitos da comunicação sobre comportamentos de saúde, no âmbito de determinadas intervenções. Assim, poucos trabalhos examinam os efeitos da comunicação, especificamente, sobre a adesão, embora componentes da comunicação sejam utilizados dentro de inúmeras intervenções em adesão, raramente de modo explícito ou como componente principal (Munro et al., 2007).

Revisão de 25 intervenções em adesão à TARV, publicadas entre 1996 e 2004, conclui que as intervenções têm sido essencialmente “ateóricas” e de rigor metodológico insuficiente para avaliação de efetividade e capacidade de generalização (Amico, Harman, Johnson, 2006). Por outro lado, 18 das intervenções incluíam sessões individuais de *counseling, counseling support, supportive communication or individualized patient education*. Mesmo variando em duração e frequência, e se associadas, ou não, a outros procedimentos, estas sessões, evidentemente, compreendem conversas entre profissionais e pacientes.

Assim, embora seja possível perceber a valorização da comunicação e do diálogo no plano propositivo de boa parte das intervenções, as conversas transcorridas entre profissionais e pacientes constituem uma espécie de “caixa-preta”. Há pouca ou nenhuma explicitação sobre em que bases teórico-metodológicas foram concebidas e desenvolvidas. Adicionalmente, poucas são as análises qualitativas, se comparadas aos inúmeros estudos experimentais que descrevem mais os procedimentos de randomização, alocação e desfechos, do que os processos comunicacionais com os participantes. Afinal, o que se entende por *comunicação profissional-paciente*? Por conversar ou dialogar?

Estas indagações ensejaram uma **avaliação qualitativa de um ensaio de intervenção** de cuidado individual para apoiar pacientes a melhorar sua adesão ao tratamento antirretroviral, objeto deste artigo – complementar a outras avaliações desta natureza (Bellenzani, Nemes, 2013; Nemes et al., 2012; Santos, 2010). Os Quadros 1 e 2 resumem o ensaio e o recorte de investigação deste artigo, respectivamente. No Anexo 1 encontra-se um resumo do protocolo da intervenção.

Bases conceituais e metodológicas da intervenção

Uma intervenção que enfatiza a dimensão psicossocial do adoecimento e do *Cuidado*

A intervenção avaliada foi pensada no bojo da resposta brasileira à aids, cujas proposições no quadro dos direitos humanos, por exemplo, têm sido gestadas desde o final do século XX. A formulação mais recente do *Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH)*, para analisar a epidemia e propor ações programáticas, orientou o desenvolvimento do protocolo. Este quadro expressa o compromisso de “buscar novas bases epistemológicas e técnicas rumo às propostas de reconstrução das práticas de saúde” (Aires, Paiva, Buchalla, 2012, p.12) no contexto do SUS, concretizando seus princípios: universalidade, integralidade e equidade.

Quadro 1. Ensaio controlado de uma modalidade de intervenção em adesão, em um serviço de referência do Estado de São Paulo

O ensaio aconteceu em 2008, num serviço de referência, no município de São Paulo. Os voluntários tiveram suas medidas de adesão monitoradas por seis meses, utilizando frascos que armazenavam um de seus medicamentos, antirretrovirais, com dispositivo eletrônico para registro dos horários de abertura (MEMS - Medication Event Monitoring System). Foram convidadas pessoas maiores de 18 anos, em tratamento com o mesmo esquema de TARV há, pelo menos, seis meses, cujos resultados da última carga viral eram maiores que 50 cópias/ml, sugerindo problemas de adesão. O objetivo era avaliar a efetividade da intervenção e, por isso, seu protocolo de quatro encontros foi implementado somente com pacientes do grupo experimental entre o 3º e o 4º mês da pesquisa.

Concebida como uma tecnologia de Cuidado para apoio à adesão, centrada nas conversações entre profissionais de saúde e os pacientes em encontros individuais, ela foi conduzida, no ensaio, por duas psicólogas e uma assistente social integrantes da equipe do serviço. Elas contaram com o auxílio de um roteiro elaborado de acordo com o protocolo original (em anexo), subsidiado por um conjunto de recomendações extraídas dos artigos de revisões sobre as intervenções de adesão mais efetivas. Pretendeu-se uma abordagem da adesão distinta das abordagens geralmente praticadas nas consultas médicas ou nos atendimentos de cada núcleo profissional, numa concepção interdisciplinar, condizente com as recomendações para o trabalho em equipes multiprofissionais nos serviços de aids.

As três profissionais se inscreveram, espontaneamente, para uma capacitação ofertada pela equipe de pesquisa, como parte do processo seletivo dos profissionais que se voluntariaram a conduzir o protocolo. A ideia central da capacitação foi promover uma “desconstrução” do modo tradicional de atendimento e abordagem da adesão, em 48 horas de atividades teórico-práticas pautadas pela metodologia problematizadora da abordagem pedagógica-crítica de Paulo Freire. As atividades incluíram: a) dramatizações e vivências, seguidas de discussão em grupo e de sínteses pelos coordenadores; os/as profissionais eram incentivados/as a revisitarem seus saberes e experiências acumuladas, à luz dos novos referenciais a que estavam sendo introduzidos/as (serão descritos adiante); b) vivência simulatória por 48 horas de tomada de medicação placebo; c) dramatizações em que os participantes simulavam a condução da intervenção junto a atores profissionais ou colegas, para que experimentassem formas de manejo da intervenção, alternando-se entre os “papéis” de paciente e profissional; d) atendimentos-piloto com pacientes do serviço (Santos, 2010). Além da capacitação ocorreram supervisões das profissionais com membros da equipe, durante a condução do protocolo.

Os resultados quantitativos finais não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de adesão dos grupos de controle e experimental; a carga viral média teve decréscimo significativo em ambos os grupos, sem diferença significativa entre os grupos. A análise do ensaio clínico foi publicada por Basso et al. (2012).

Quadro 2. Objetivos e método da avaliação qualitativa, objeto deste trabalho

Objetivos da avaliação qualitativa

a) avaliar, segundo dimensões e componentes, como e em que nível os momentos conversacionais possibilitados pelos quatro encontros se aproximaram daquilo que, idealmente, fora planejado enquanto protocolo, uma vez que o roteiro de apoio às profissionais estruturou - ainda que relativamente - os encontros.

b) articuladamente à análise da concretização do protocolo, analisar: “quem são os participantes”, aspectos de sua história de vida, convivência com a doença / tratamento, e quais sentidos das falhas/problemas/dificuldades de adesão emergiram nas conversações da profissional com eles.

Método

São analisadas as conversações transcorridas nos encontros individuais entre uma profissional de saúde (psicóloga) com quatro voluntários (04 encontros/sessões de cada, totalizando 16, com aproximadamente uma hora de duração). O material integra o banco de dados da pesquisa original (gravações e transcrições de 176 encontros dos 44 pacientes atendidos pela intervenção em protocolo completo, dentre os 64 do grupo experimental).

Critérios para seleção dos quatro casos

a) todos atendidos pela mesma profissional Vera (nome fictício).

b) seleção dos dois primeiros pacientes e dos dois últimos a ingressarem na pesquisa/intervenção, tendo em vista que, ao conduzir sucessivamente os encontros, o desenvolvimento da intervenção poderia aprimorar-se.

A escolha da profissional e dos casos por ela acompanhados na intervenção não tem justificativa metodológica. O material respectivo foi o primeiro a ter as análises finalizadas, no âmbito da avaliação completa, que inclui o material dos casos das outras duas profissionais. O tipo de análise feita exige um espaço maior para a comunicação dos resultados, o que implicou que o presente trabalho se debruçasse sobre o estudo dos casos de uma única profissional.

Sobre a profissional

Vera é psicóloga do ambulatório de aids do serviço de referência, local da pesquisa. Faz atendimento psicológico de pacientes há, aproximadamente, 20 anos. Uma vez que este serviço é campo habitual de pesquisas e treinamentos, ela já participou de muitas pesquisas operacionais e atua como instrutora de capacitações.

⁵ O campo, corrente ou perspectiva construcionista social – denominados, às vezes, no plural – é heterogêneo, plural e em transformação. Alguns postulados básicos do construcionismo social têm sido mais compartilhados (nem sempre com a mesma ênfase a cada um) por um conjunto de autores considerados *construcionistas* (ver Iñiguez, 2002). Propostas epistemológicas do construcionismo social nas ciências humanas e sociais têm sido incorporadas pela Psicologia, especialmente na Psicologia Social, desde os anos 1980 (uma das principais referências é Kenneth Gergen); e, mais recentemente, na Psicologia da Saúde, sobretudo na Psicologia Social em Saúde, em que Mary Jane Spink é uma das referências. Extrapolaria o limite de espaço deste trabalho evocar este extenso campo para situar, em diálogo, uma **das vertentes construcionistas da psicologia social na saúde** – que “pensa o processo saúde-doença no Quadro da V&DHs [Vulnerabilidade e Direitos Humanos]” (Paiva, 2012a, p.46). As autoras deste trabalho identificam pontos convergentes com outras vertentes construcionistas, brasileiras e internacionais, que mereceriam ser explorados, ao tratarem das temáticas *comunicação, conversação, dialógica, produção e negociação de sentidos*, nas práticas psicoterapêuticas e psicossociais individuais, grupais, familiares, institucionais e comunitárias. Além da noção de *construção social do self*, central para o debate das práticas de cuidado psicológicas. Optamos, assim, por indicar a leitura de alguns destes autores: Marilene Grandesso, Carla Guanaes, Emerson Rasera, Marisa Japur, Sheila

... continua

Distanciando-se das orientações cognitiva e comportamental mais presentes nas intervenções em adesão (Simoni et al., 2010), sustentou o planejamento da intervenção, a noção de *Cuidado* no campo da adesão ao tratamento de doenças crônicas (Nemes et al., 2009). A inicial maiúscula indica a intenção em ampliar os sentidos mais comuns da assistência ou do cuidado ao paciente, propondo-o “como categoria reconstrutiva” das práticas de saúde (Ayres, 2009a, p.62), inspirando-se na hermenêutica de Gadamer e Habermas.

O *Cuidado* é definido como

[...] uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (Ayres, 2009a, p.42)

No plano mais concreto das práticas de saúde,

cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. [...] há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar [...] uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente [...]. Então é forçoso saber qual o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial [...]. (Ayres, 2009c, p.37)

A produção do *Cuidado* numa intervenção dialógica em adesão pressupõe “diversos, interligados e complexos [...] giros [...]: de sujeito para intersubjetividades; de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar” (Ayres, 2009c, p.37). Sobre a comunicação que constitui o *Cuidado*, se avança da noção de pessoas enquanto núcleos individuais de subjetividade (em que suas identidades se associariam à mesmidade/permanência) para a noção de “constituição dialógica das subjetividades”, inspirando-se em Habermas (Ayres, 2009c, p.29). Na relação intersubjetiva, os sujeitos se reconhecem mutuamente e “se constituem um diante do outro [...] [buscando] um compartilhamento de horizontes”, durante as conversações que almejam produzir saúde (Ayres, 2009c, p.35). A partir de “pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum” (Ayres, 2009c, p.34).

Do *Quadro da V&DH* (Ayres, Paiva, Buchalla, 2012) deriva a segunda fonte conceitual: a dimensão psicossocial implicada no *Cuidado*, filiada à abordagem construcionista social (Paiva, 2012a). Conceitualmente, as perspectivas construcionistas sociais propõem

uma mudança paradigmática em relação às perspectivas representacionais ou cognitivistas, que afirmam de modo essencial e universal a existência de realidades psicológicas e processos internos, tais como pensamento, memória, atenção, motivação e emoção [...]. [Diferenciam-se das] teorias psicológicas hegemônicas [que] buscam explicar, por meio desses processos, o comportamento e os relacionamentos humanos. (Guanaes, 2006, p.22)⁵

Contrapondo-se às perspectivas que tomam o indivíduo como “conjunto de fatores intrapsíquicos ou biológico-comportamentais”, o Cuidar que integra a

atenção psicossocial de inspiração construcionista social trabalha com “a noção de *pessoa em interação*, concebida como *intersubjetividade* [...] e *como sujeito de direito*” (Paiva, 2012a, p.45). Enquanto derivação metodológica, “o sujeito em cena é a porta mais interessante para iniciar qualquer conversa na abordagem psicossocial do Cuidado, para lidar com qualquer das três dimensões da sua vulnerabilidade ao adoecimento” (Paiva, 2012a, p.62).

A “metodologia das cenas no quadro da V&DH” (Paiva, 2012b, p.187) incorporada à intervenção, foi desenvolvida no bojo do movimento construcionista social – especificamente no campo dos estudos de gênero, sexualidade e prevenção das DST/Aids (Paiva, 2006). As profissionais que a conduziram com os voluntários, foram capacitadas e supervisionadas nos referenciais da intervenção, incluindo este método, para que, durante as conversações, propusessem o “levantamento, a descrição e a decodificação de *cenários e contextos socioculturais*” (Paiva, 2012b, p.165). O Quadro 3 detalha a incorporação desta metodologia ao ensaio clínico. O objetivo era colaborar com as pessoas para refletirem criticamente sobre suas experiências com o tratamento, concebendo-as como “sujeitos de sua vida cotidiana e sujeitos de direitos” (Paiva, 2012b, p.166-7).

No âmbito do cuidado à pessoa vivendo com HIV, a conversa sobre cenas de tomadas de medicação sofisticada o diálogo sobre a dinâmica da adesão ao tratamento, que sempre envolve mais do que uma receita. [...] levantam-se episódios em que não se tomou a medicação, quais as cenas “fáceis” que garantiram a tomada [...], analisadas em conjunto com cada pessoa e de diversos ângulos – do ponto de vista de sua trajetória pessoal nos serviços, dos sentimentos presentes em cada cena de tomada, assim como da compreensão da discriminação e da estigmatização social associada à Aids, no contexto familiar e no emprego. (Paiva, 2012b, p.169)

McNamee, Harold
Goolishian, Tom
Andersen, Harlene
Anderson e Lynn
Hoffman. A limitação de espaço nos obriga a focalizar as referências que sustentaram mais diretamente o planejamento da intervenção e foram incorporadas às capacitações e supervisões com as profissionais que a conduziram. A perspectiva construcionista que sustenta a *dimensão psicossocial do Cuidado*, utilizada neste estudo, se inspira mais fortemente: na tradição pedagógica construcionista de Paulo Freire, em George Mead, Jerome Bruner, Erving Goffman, Thomas Luckmann e Peter Berger, assim como nas abordagens construcionistas sociais dramáticas que dialogam com a produção no campo da sexualidade e gênero, de John Gagnon, Richard Parker e Peter Aggleton.

Quadro 3. A metodologia das cenas⁶ nas capacitações e supervisões do ensaio clínico

Para que as *conversas em cena* ocorressem com espontaneidade – por meio das quais os interlocutores “encarnassem” vozes e ações dos “personagens”, as profissionais foram incentivadas a agirem como “diretoras” de um filme ou novela, utilizando solicitações tais como: “*Vamos pensar essa situação que você está me descrevendo: a dose da medicação que você que tem que tomar no seu trabalho... Vamos construir esse momento como se fosse uma cena de novela... Como é o seu local de trabalho?... Quem são as pessoas com quem você está neste horário? Vamos imaginar que a sala estivesse vazia, mudariam os acontecimentos?*”. Após a “construção” e “visualização” densa da cena, a proposta é decodificar os sentidos das ações, das condutas, das sensações, emoções e decisões (principalmente, as espontâneas, menos racionais), envolvendo a tomada da dose. Conforme o enredo, o contexto local e cenário sociocultural mais amplo, entendimentos ou ideias das profissionais que ajudassem a compreender o que se passava deveriam ser comunicadas; não como verdades ou “interpretações” impostas e, sim, como possibilidades, podendo o interlocutor concordar ou não. Portanto, as profissionais participavam da negociação e da produção dos sentidos compreensivos. Inclusive, além da “construção verbal” da cena, encenações densas ou mais simples (como atores “passando os textos”, somente as falas dos personagens) também poderiam ocorrer.

A metodologia buscou facilitar que as profissionais, atentas à dimensão psicossocial de qualquer adoecimento e dos comportamentos de saúde, auxiliassem as pessoas, pelo diálogo, a reconhecerem suas dificuldades pessoais para se manterem aderentes e a imaginarem as mudanças possíveis. Sobretudo, aquelas que dependessem do “passar a agir” ou a interagir socialmente, gozando dos direitos a que se tem como cidadão (não ser discriminado, direito à privacidade, a assistência de boa qualidade, a decidir pelo que melhor lhe convém entre possibilidades terapêuticas, ao acesso às informações, insumos e recursos que auxiliem o autocuidado e a adesão).

Foi incorporada como um recurso conversacional e vivencial para expandir o entendimento de que a produção das dificuldades corriqueiras com o tratamento – por exemplo, não buscar a dose no armário, na empresa; não tomá-la na sala da casa de uma amiga – está condicionada, entre outros determinantes sociais, aos sentidos que as ações, não-ações e interações adquirem em cada cena social. Entende-se, portanto, a vulnerabilidade individual ao adoecimento por falhas no tratamento, “inextricavelmente integrada à programática e à social” (Paiva, 2012b, p.187).

⁶ A expressão *conversas em cena* não consta em publicações anteriores acima citadas sobre a *metodologia das cenas*. Durante este estudo ela nos pareceu apropriada para denominar a conversa que solicita narrativas de cenas e as analisa.

Novas dimensões e componentes para avaliar uma intervenção psicossocial em adesão: da transmissão de mensagens à comunicação dialógica

As referências acima descritas exigem a implementação de uma modalidade psicossocial de *Cuidado*, focada nos problemas de adesão ao tratamento de HIV/AIDS, que depende, portanto, dos fluxos das conversações. Logo, é necessário delinear a perspectiva de *comunicação profissional-pacientes* adotada nesta avaliação.

Uma “boa comunicação” nas práticas de saúde é, tradicionalmente, aquela cuja ênfase se coloca na competência do profissional no uso da linguagem e na clareza de seus enunciados (informativos e prescritivos). Esta concepção é herdeira da *revolução cognitiva*, processada desde os anos 1950 na psicologia, intensificada por mudanças no âmbito da filosofia da ciência, a partir da década de 1970 (Álvaro, Garrido, 2006). O paradigma então predominante ficou conhecido como *paradigma do processamento da informação*, em que os processos cognitivos são abordados mediante a metáfora do computador, numa analogia entre os processos computacionais e os cognitivos – incluindo os que envolvem a comunicação interpessoal: pensar, formular, transmitir enunciados; receber e processar mensagens. “[...] A mente como um sistema de processamento de informações” (Álvaro, Garrido, 2006, p.250).

Esta apreensão cognitiva da comunicação sustentava-se no “velho paradigma do conhecimento”, em crise na filosofia da ciência, sendo progressivamente substituído por “novos paradigmas do conhecimento” (Pearce, 1996, p.181), entre outros, o do construcionismo social. A comunicação no “velho paradigma” supunha “que a linguagem se referisse ao mundo, ou seja, que a linguagem é representacional: fala-nos das coisas que estão ‘ai fora’. [...] estabelece que a transmissão da mensagem (ou seja, conseguir que as mensagens passem ‘daqui’ para ‘ali’) é a função chave da comunicação” (Pearce, 1996, p.176).

A partir desse paradigma pode-se compreender, por exemplo, uma das críticas dirigidas à perspectiva comunicacional nas estratégias de melhora da adesão: ignorar as atitudes, fatores motivacionais e interpessoais que interferem na **recepção da mensagem** e em sua **conversão em mudança comportamental** pelo paciente (Munro et al., 2007). Os processos são, portanto, operados individualmente pelos interlocutores (em suas mentes como computadores). O profissional “pensa”, formula e transmite enunciados; o paciente assimila, processa as mensagens recebidas, e as converte em comportamentos. Características “negativas” do paciente ou “má qualidade da mensagem” emitida podem interferir em seu processamento e conversão em “respostas” comportamentais pelo paciente.

Afastando-se da perspectiva cognitiva, o modo com que se analisou a comunicação no presente estudo guiou-se pelas epistemologias da hermenêutica filosófica e do construcionismo social (Schwandt, 2006). Estas orientaram o modo de conceber a *comunicação profissional-paciente* e, no processo de avaliação da implementação, orientaram, também, “como” se escutavam os áudios e se liam as transcrições das conversas. Com base em Gadamer,

a compreensão é a interpretação [...]; no ato de interpretar [...] as tradições e os pré-julgamentos concomitantes que influenciam nossos esforços de compreender, [estão] condicionando nossas interpretações [...]; a compreensão é participativa, conversacional e dialógica [...] sendo conquistada somente através de uma lógica de pergunta e resposta [...]. (Schwandt, 2006, p.198-9)

A tradição hermenêutica e o construcionismo social valorizam a compreensão de sentidos produzidos nos processos conversacionais, preocupando-se em “esclarecer as condições nas quais ocorrem as compreensões” (Schwandt, 2006, p.200). Embora discordem sobre a questão de existir ou não, a priori, verdades a serem interpretadas, ambas compartilham “a crítica geral do significado enquanto objeto”, dos significados “como entidades fixas que podem ser descobertas e cuja existência independe do intérprete”; ambas têm “afinidade com a noção do nascimento do significado” (Schwandt, 2006,

p.202). Ou seja, “o sentido e o entendimento são construídos socialmente [...], não [os] alcançamos ou possuímos até realizarmos uma ação comunicativa [...]” (Anderson, Goolishian, 1998, p.36).

Na abordagem psicossocial do *Cuidado* proposta na intervenção – e nesta avaliação – a comunicação é pensada como compreensões mútuas produzidas no intercâmbio dos sentidos, ou seja, “no entre” os falantes. Tanto na interação profissional-paciente, como da pessoa atendida com “os outros” com quem interage, e se comunica, em suas cenas cotidianas (performática e intersubjetivamente). Não se tratam, portanto, “dos sentidos existentes dentro de cada um, a priori”, a serem transmitidos e assimilados, mas, sim, dos sentidos construídos e compartilhados na cena de encontro profissional-paciente.

Para avaliar as conversações e, por conseguinte, se estas concretizaram o protocolo de abordagem psicossocial proposta para a intervenção, foi necessário, então, adotar a noção de que as conversas não são todas, necessariamente, de natureza dialógica, podendo ser de natureza monológica, conforme denomina Guanaes (2006), com base nas interfaces das proposições teóricas de John Shotter, Mikhail Bakhtin e Harlene Anderson.

Conversas dialógicas possibilitam *multiplicidade de vozes*, ao contrário das monológicas, em que se impõe *uma voz*, perspectiva, tradição ou discurso dominante (por exemplo, o discurso técnico-científico, médico, religioso, psicológico etc.). Diálogos possibilitam intercâmbios, complementações, interações entre as *vozes*, e, nesse ínterim, a emergência de inovações e de novos sentidos “a partir de reconhecimento do outro como uma voz distinta e particular”; “criando assim possibilidades da construção conjunta da ‘mudança’” (Guanaes, 2006, p.73).

Derivou-se, assim, dessas perspectivas teóricas e metodológicas, uma abordagem avaliativa dinâmica (ilustrada na Figura 1, descrita no Quadro 4); sistematizada em dimensões e componentes interdependentes, correspondentes a aproximações mais “panorâmicas” ou mais “internas” (como um “zoom”).

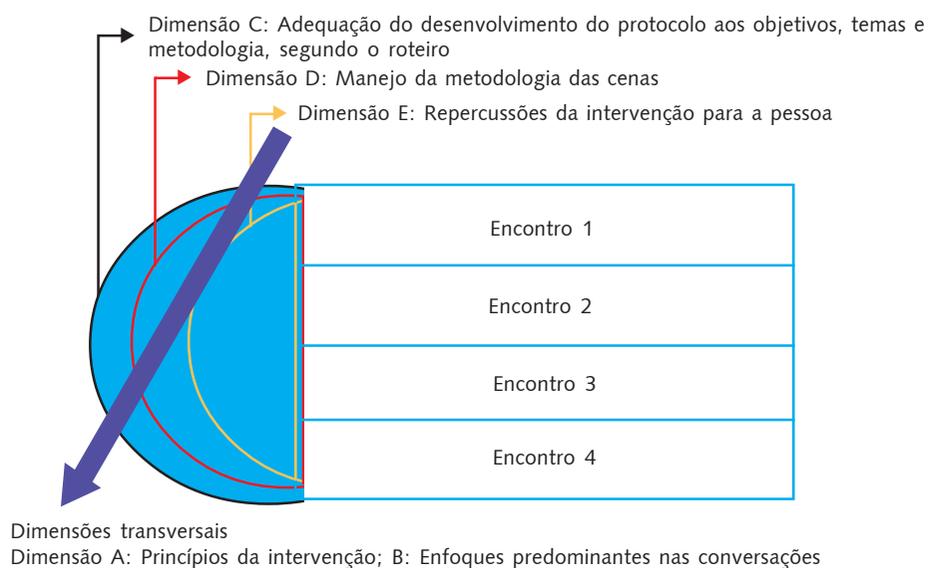


Figura 1. Abordagem avaliativa da intervenção

Quadro 4. Abordagem avaliativa segundo dimensões e componentes. Abrindo a “caixa-preta”

<p>Dimensão A: “Princípios Gerais da intervenção” (teóricos, metodológicos e éticos) Seu principal componente teórico-filosófico, mais abrangente e transversal à intervenção, é a “produção do Cuidado em adesão, por meio de uma interação comunicacional dialógica entre profissional e pessoa atendida”. Outros quatro componentes fundamentais à comunicação dialógica integram esta dimensão (ver Quadro 9).</p>
<p>Dimensão B: “Enfoques predominantes nas conversações” Busca-se avaliar se o referencial da dimensão psicossocial construcionista do Cuidado em adesão – trabalhar com “a pessoa no contexto e o contexto na pessoa” (Paiva, 2012a, p.59) – foi implementado. Sendo psicossocial e comunicacional no plano propositivo, é necessário avaliar se esse enfoque foi predominante ou não, em relação a outros possíveis: educativo ou comportamental-cognitivo (ver Quadro 9). Examina-se, em primeiro lugar, o processo de acolhimento (segundo acepção que tem sido veiculada no SUS, com a Política Nacional de Humanização), necessário às intervenções que pressupõem a dimensão psicossocial do adoecimento e do Cuidado – para a compreensão contextualizada das experiências de autocuidado, como a adesão. Avalia-se a ‘qualidade da escuta’ das narrativas livres do paciente – melhor quando se “amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial” (Ayres, 2009d, p.92) – e a responsividade da profissional: em que medida se implicou na conversação, sendo interessada, solidária e apoiadora. Se seus questionamentos incentivavam a reflexão e ampliavam as possibilidades de a dupla compreender os sentidos intersubjetivos daquilo que era compartilhado – sentimentos, relações sociais na família e no trabalho, relacionamentos afetivos, condições de vida/cidadania, projetos etc. Se tendiam à singularização (“respondiam” àquilo que a pessoa expressava), não orientando-se, sobretudo, somente pelas regularidades tecnocientíficas. Configurando mais fortemente o enfoque psicossocial construcionista, esperava-se que, ao escutar as narrativas, a profissional as explorasse segundo a metodologia das cenas. Vividas cotidianamente, estas “dependem da trajetória e dos recursos de cada pessoa [...] da sua condição social – de gênero, de classe, estado emocional ou sorológico e, [...] dos programas a que tem acesso. Ou seja, da menor ou maior vulnerabilidade social, pessoal e programática que, então, se expressará a cada cena” (Paiva, 2012b, p.199). O enfoque psicossocial do Cuidado configura-se na medida em que se pressupõe a pessoa atendida, sempre em interação, em mudança, e não a expressão de uma “interioridade própria e permanente” ou, ainda, de “respostas” que caracterizam “seu padrão de comportamento ou de crenças” (enfoque comportamental-cognitivo). O que geralmente é entendido como <i>crenças do paciente</i> (um componente individual da vulnerabilidade) devem ser trabalhadas no diálogo, remetendo-as aos contextos relacionais e sociais de sua produção (plano sociocultural da vulnerabilidade). Portanto, diálogos decodificadores que promovam “<i>ampliação da consciência</i>”, contribuindo com a “<i>emancipação psicossocial</i>” das pessoas em relação aos determinantes que as oprimem e ampliam sua vulnerabilidade aos adoecimentos (Paiva, 2012b, p.186).</p>
<p>Dimensão C: “Adequação do desenvolvimento do protocolo aos objetivos, temas e metodologia, segundo o roteiro” Seus componentes são mais “operacionais” (diferentemente dos que integram as duas dimensões anteriores, transversais e “filosóficas”). Analisa-se a operacionalização das recomendações do roteiro para cada encontro (ver categorias nos quadros 7 e 8). Esta dimensão abrange as duas seguintes.</p>
<p>Dimensão D: “Manejo da metodologia das cenas e implicações” Formulada para avaliar mais especificamente componentes de condução relacionados ao desenvolvimento das <i>conversas em cena</i>, previstas para os 2º e 3º encontros. Integram-na cinco componentes na forma de questões avaliativas (ver Quadro 9). Com essa metodologia pretendia-se potencializar o enfoque psicossocial construcionista no Cuidado em adesão. Analisa-se se houve esforço da profissional para utilizar o recurso e quais suas implicações para a compreensão, pelo diálogo, das práticas e dos sentidos envolvidos em cada cena/cenário de tomada/não-tomada das medicações. Investiga-se em que medida os sentidos intersubjetivos das práticas, pouco racionais, contraditórios ou até mesmo irreconhecíveis até então, foram comunicados entre os interlocutores, e, num plano mais ampliado, problematizados, pensados criticamente, no diálogo. Sobretudo, quando as cenas explicitassem condições e discursos / vozes sociais opressoras, relações desiguais e desrespeito aos direitos. Busca-se, também, dimensionar o potencial e as limitações das <i>conversas em cena</i> para auxiliar a pessoa a formular colocações expressivas de movimentos para lidar / enfrentar as barreiras objetivas e simbólicas que dificultavam “ser aderente” em cada cena/situação.</p>
<p>Dimensão E: “Repercussões da intervenção para a pessoa” Formulada para investigar as narrativas do paciente que explicitassem intenções ou práticas iniciadas durante o período da intervenção, movimentos de mudança na direção da melhora da adesão, autocuidado, bem-estar e projetos de vida. Integram-na dez componentes (ver Quadro 9) que explicitam os horizontes normativos das interações de Cuidado: a melhor convivência com o tratamento de acordo com sua <i>conveniência</i> para a vida do paciente e a busca do <i>êxito técnico</i> do tratamento, na medida em que se configure, simultaneamente, como <i>sucesso prático</i>. Este remete ao valor que as ações (por exemplo, tomar remédio) assumem para a pessoa no cotidiano e em seus projetos futuros, “em razão de implicações simbólicas, relacionais e materiais” (Ayres, 2009b, p.139). Ou seja, remetem aos sentidos intersubjetivamente construídos, vividos singularmente na forma de inteligibilidades das intenções: “porque e para que ter saúde”, “não adoecer para poder fazer o que”, “tomar remédio para que”. Ao profissional que cuida, cabe o respeito, o incentivo e o apoio às intenções do paciente guiadas por seus <i>projetos de felicidade</i>, como destaca o autor.</p>

Os resultados comparativos dos casos serão descritos nos quadros 5 a 9, utilizando-se nomes fictícios. Sugere-se sua apreciação previamente à Discussão. À guisa de informação complementar, constam, no Quadro 5, dados clínicos e medidas de adesão dos participantes. O Quadro 6 corresponde ao objetivo “b”, da Introdução, sobre quem são os pacientes e o que contaram acerca das experiências envolvendo o tratamento⁷. Nos Quadros 7 e 8 (correspondentes aos objetivos “a” e “b”), analisam-se do primeiro ao quarto encontro (síntese longitudinal, reproduzindo trechos), segundo dimensões e componentes; aprofundando-se na produção de sentidos durante as conversas.

A partir da análise qualitativa exaustiva sintetizada nos Quadros 6 a 8, avaliou-se objetivamente o desenvolvimento da intervenção nos quatro casos, utilizando-se um Quadro Avaliativo que contempla uma escala de padrões preestabelecidos (Quadro 9).

⁷ Como o ensaio clínico não permitia o acesso dos profissionais aos prontuários, nem às medidas de adesão coletadas, todas essas informações tinham como fonte, exclusivamente, o próprio paciente. A primeira autora, que não participou do campo da pesquisa, teve acesso aos dados clínicos somente ao final das análises qualitativas.

Quadro 5. Dados clínicos e medidas de adesão dos pacientes

Conforme o protocolo da pesquisa, os quatro participantes mostravam carga viral acima do limite de detecção (50 cópias/ml) no último exame de rotina antes do início da pesquisa. O perfil viral do período de um ano anterior à pesquisa era compatível com um padrão de adesão insuficiente (replicação viral relativamente baixa, mas constante) nos casos de Álvaro, Deise e Ciro; padrão este mantido no período da pesquisa bem como no ano posterior. Foram realizadas três medidas de tomada de medicamento com monitoramento eletrônico: no 2º mês de pesquisa (antes dos encontros), 4º mês (depois do 3º ou 4º encontro) e 6º mês (após os encontros). As três medidas de Álvaro e Deise indicaram adesão insuficiente, com valor máximo de 82% e mínimo de 62%. As três medidas de Ciro indicaram adesão adequada (acima de 95%). No caso de Amaro, os padrões foram diferentes. Já no primeiro mês da pesquisa (antes dos encontros) sua carga viral decrescera muito, vindo a tornar-se indetectável antes do 1º encontro. Para ele, as medidas de monitoramento eletrônico foram de 91%, 100% e 97%.

Discussão

No conjunto dos casos, a intervenção desenvolveu-se “moderadamente”. **A inflexão pretendida via “a desconstrução” do modelo mais tradicional de abordagem dos problemas de adesão, foi preliminar, mais “ensaística”, não operando nos quatro casos.** Variações no processo implicaram melhor desenvolvimento de alguns componentes, ou de uma dimensão à outra. A implementação com Deise (“dos últimos”), mais próxima das bases originais, sugere um aprimoramento progressivo em relação a Ciro e Amaro (“dos primeiros”).

Destacam-se duas fragilidades da implementação; e comuns ao conjunto dos casos: 1) no todo, as *conversas dialógicas* não foram preponderantes, embora tenha havido encontros, ou momentos, mais dialógicos que outros; 2) desenvolver *conversas dialógicas*, em todos os encontros, foi difícil, sobretudo, sustentadas nos referenciais teórico-metodológicos originais: *Quadro da V&DH e metodologia das cenas*.

Incentivar e treinar ou dialogar?

As dificuldades conversacionais identificadas, numa apreensão mais imediata, têm raízes nas próprias interações, no que se refere às identidades sociais de “médico/profissional” e de “paciente”, em que, historicamente, “a palavra final” é do primeiro; o segundo fala “o que tem”, escuta os diagnósticos e prescrições, “assimila-os”, e se comporta conforme recomendado; no máximo, solicitando esclarecimentos. Não é comum o entendimento de que pacientes e profissionais necessitam dialogar sempre, sobretudo para além dos aspectos biomédicos.

Quadro 6. Os pacientes e suas dificuldades/problemas de adesão

Pacientes	Narrativas produzidas nos diálogos de apresentação e no decorrer dos encontros	Narrativas sobre esquema de tratamento, experiências relacionadas à adesão e às falhas de adesão
CIRO	<p>71 anos, aposentado, homossexual, mora sozinho, sabe do HIV há 20 anos; em tratamento há 17, não expressa inconformidade ou tristeza a respeito. Ao contrário da mãe, "que não tem preconceito", o pai o expulsou de casa ao surpreendê-lo com um rapaz aos 13 anos, quando começou a trabalhar como mordomo na casa de uma família estrangeira, onde está há 40 anos, atualmente somente aos fins de semana, "um bico". Os padrões sabem do diagnóstico. Tem pouco contato com duas irmãs e se ressentido pela distância afetiva de uma delas, embora morem próximos. Conversa abertamente nos encontros, dá risadas, nega "algum tipo de depressão". Cita um rapaz com quem se relacionou por 18 anos de quem ainda gosta; se relaciona com outro, "um jovem de 26 anos", que ignora sua soropositividade. Sente-se bem de saúde, ativo, enfatiza que nunca teve internações por doenças oportunistas.</p>	<p>Relata seguir o tratamento corretamente, "faço tudo certinho", "o esquema está bem". Diz-se "franco" ao contar que, em alguns períodos, suspendeu o uso das medicações, exemplificando com uma viagem com um namorado, quando não as levou. Não sabe os nomes dos medicamentos que toma, referindo-os por cores ou como o coquetel. Toma nove comprimidos por dia, cinco pela manhã e quatro à noite. Compara o <i>tratamento no presente e no passado</i>: hoje as tomadas são em casa, no passado eram na residência em que trabalhava, quando justifica "esconder os remédios", "tomar escondido" em função da presença de terceiros. Sente-se bem e satisfeito com o atual esquema, comparando-o com um esquema anterior, "ruim", pois incluía medicação conservada em geladeira. A conversação produz um entendimento compartilhado de que não há problemas de adesão com ele.</p>
AMARO	<p>36 anos, casado, pai de um garoto de 12 anos, esposa soronegativa, a quem omitiu que se infectou numa relação sexual homoafetiva, explicando que contraíra o vírus usando droga injetável. Evita as relações com homens e só as vivencia quando "a vontade aberta, esporadicamente", o que preserva em absoluto sigilo, tal como o diagnóstico. Diagnosticado há dois anos e meio, diz: "foi um baque", "só não fiz uma besteira" pelo filho estar junto; ele não sabe sobre o HIV do pai. Diz que se acostumou, ora que está se acostumando, a ser soropositivo. Trabalha em uma metalúrgica há vinte anos. Os papéis como homem, pai de família e trabalhador são muito valorizados; diz-se "uma pessoa agitada", o que relaciona ao início do tratamento medicamentoso, há pouco mais de seis meses, cujas primeiras experiências foram ruins; enfatiza: "nunca gostei de tomar remédio". Muito preocupado em manter o sigilo absoluto sobre o HIV, teme a discriminação no trabalho e que a esposa também seja alvo; incomoda-o que as pessoas sintam medo dele, que seja "taxado" como alguém que "fez alguma coisa. [que digam: 'ele] usou droga ou ele saiu com homem' [...]". Hoje refere uma convivência "mais tranquila", "menos sofrida com o HIV"; antes pensava que morreria e não deveria fazer planos; hoje, não mais; mudança que associa a conversas na internet com outras pessoas que vivem com HIV e ao apoio de seu médico, a quem se refere com satisfação, que o orienta em questões que extrapolam o âmbito clínico (contemplam vida social e seus direitos), o que o ajudou a lidar com o diagnóstico.</p>	<p>O assunto das medicações emerge associadamente ao comentário "sou agitado", "ele [medicamento], no começo, ele me deixou um pouco irritado", "me sentia zozno, com gosto horrível na boca". Diz: "estou me acostumando, me adequando" "nunca gostei de tomar remédio". Conhece as nomenclaturas dos dois medicamentos do esquema (7 e 19 horas, Bivir e Efavirenz), queixa-se do segundo: "me deixa zozno, ansioso". Diz que tem "poucas falhas", às vezes atrasos na tomada da noite, em função da rotina de trabalho: horas extras que o fazem chegar em casa após as 19hs; não leva a medicação, sabe que existem "estojinhos" (porta comprimido), mas não tem um. A tomada de uma terceira medicação (não especificada) às 23h00min é condicionada ao momento de se deitar, cujo sentido é o de uma estratégia: se passar mal estará dormindo; os horários de se deitar variam, logo, as tomadas também. Pouco explorados nos diálogos, há aspectos sugestivos de que algumas falhas nas tomadas se associam ao fato de a medicação ser "bem guardada", cujo sentido é escondida, pela preocupação de não estar visível a terceiros. Tem algumas estratégias pessoais para se recordar se já tomou as doses. Crê seguir o tratamento adequadamente e, segundo seu médico, "[atrasos de] até meia hora, não tem problema". "Procuro, da melhor forma, tomar direitinho. Porque eu sei que é um bem pra mim." Indagado sobre não levar a medicação ao trabalho ser/ou não "um problema", responde: "quem tá ocasionando o problema sou eu mesmo".</p>

continua

Quadro 6. continuação

Pacientes	Narrativas produzidas nos diálogos de apresentação e no decorrer dos encontros	Narrativas sobre esquema de tratamento, experiências relacionadas à adesão e às falhas de adesão
ÁLVARO	<p>39 anos, aposentado por invalidez, mora sozinho, homossexual, tem um "ex-companheiro", com quem mantém contatos afetivos, a quem, no decorrer dos encontros, às vezes, é chamado de "meu namorado". Fala bastante sobre ele; sofre com a suspeita de que mantenha relações concomitantes com outro. É a respeito desta relação afetiva que mais se expressa; depois de se apresentar como aposentado finaliza: "[não há] mais nada, assim, que eu possa estar falando de mim". Sua voz expressa melancolia, indiferença e fatalismo; pouca iniciativa de falar, mais respondente. Indagado, cita três irmãos, pais falecidos (a mãe, desde seus dois anos, e o pai, no início de sua adolescência). Viveu num colégio interno, depois em uma família adotiva na adolescência, deixando essa casa e interrompendo os estudos após briga com pais substitutivos, ao saberem da sua orientação homossexual; passou a morar na casa do pai biológico recém-falecido, na companhia da madrasta. Distanciou-se da família adotiva, mantendo contatos esporádicos, hoje "aceitam um pouco mais". Soube do HIV em 1999, quando uma agente de saúde incentivou a testagem. Ao receber o diagnóstico diz "quase me atirei nos trilhos do metrô", destacando que recebeu o resultado friamente, experiência comparada ao atendimento cuidadoso no serviço atual quando da segunda testagem. Sofreu intensas discriminações no trabalho ao revelar a soropositividade à chefe; por depressão e pela aids, se aposentou. Sofre discriminações, violência física e psicológica dos irmãos, "ex-presidiários, violentos"; a irmã "dominadora" já o queimou, gravemente, atirando-lhe água fervente, ficou um mês internado. Vive atualmente em disputa com ela, em função do terreno compartilhado em que tem sua casa, para onde pretende voltar, mas, pelo corte no abastecimento elétrico está impossibilitado; paga aluguel em outro local; vive entre sua casa e do namorado, está em dificuldades financeiras.</p>	<p>Crê que o <i>MEMS</i> está auxiliando-o a se lembrar das tomadas e a "ter mais responsabilidade", e que segue o tratamento corretamente em "noventa e cinco por cento das vezes". Menciona já terem ocorrido poucos episódios de supressões de doses da manhã, em dias que saía à noite, retornando às seis da manhã; dormia durante o dia, ao acordar, decidia tomar, então, somente à noite. Atrasos na tomada da noite, de uma a uma hora e meia, não são significados como falhas; supressões de doses ocorrem durante viagens aos finais de semana (inicialmente, afirma que leva os frascos dos medicamentos e, em seguida, reconhece que, às vezes, não o faz por esquecimento). Duas colocações relevantes são pouco exploradas: de que faz algumas "confusões" com os medicamentos e que já consumiu muita bebida alcoólica, associando com episódios em que abolia doses, estes, sim, significados como problemas. Em tom de preocupação, afirma que está voltando a beber depois de um ano, abstinente. Crê seguir "certinho" o tratamento, no momento. Seu esquema atual: 02 kaletas, 01 lamivudina, de 12/12 horas e 01 viread à noite. A rotina atual é a de pernoitar alguns dias na casa do namorado e, frequentemente, acordar por volta das cinco da manhã, acompanhá-lo até o trabalho, retornar para casa e, ao tomar café, entre 8:00 e 8:30, tomar os medicamentos. À noite, as falhas são frequentes, com variações de até duas horas, mas ele não significa tais experiências como "dificuldade" ou "problema" em função dos horários serem inconvenientes, por exemplo. Seu entendimento atual é o de que as falhas ocorreram no passado, agora são esporádicas.</p>

continua

É comum, justamente, a insuficiência de tempo nos atendimentos que dificulta ampliar o diálogo. Como esperar, então, que nesta intervenção, conduzida no ambiente do serviço de saúde, os pacientes falassem espontaneamente? E, ainda, falassem "sobre a vida, não somente sobre os remédios". Eles comentavam que isto era incomum nas consultas médicas.

A despeito destas dificuldades gerais, a implementação teve boa aproximação aos princípios gerais, além de repercussões no autocuidado e no bem-estar, segundo falas dos participantes. Destaca-se a "permissão" intersubjetivamente construída para a emergência de narrativas sobre problemas, falhas,

Quadro 6. continuação

Pacientes	Narrativas produzidas nos diálogos de apresentação e no decorrer dos encontros	Narrativas sobre esquema de tratamento, experiências relacionadas à adesão e às falhas de adesão
DEISE	51 anos, trabalhadora do setor de produção de uma empresa (pediu demissão entre o primeiro e o segundo encontro, justificando: “para poder me cuidar mais”). Viúva há vinte anos, quando tomou conhecimento do HIV do marido, falecido por aids. Não fez o teste, após três anos adoeceu e, internada, soube do diagnóstico e iniciou a TARV. O filho de 22 anos, órfão de pai ainda pequeno, é seu principal apoio e “motivo de viver” , a quem ela contou sobre o HIV há um ano; se esforçou durante anos para manter o sigilo por medo de que o filho se entristecesse ou sofresse discriminações. Sofre com o diagnóstico, sente-se “injustiçada” e ressentida com o esposo que a infectou, não teve mais relações sexuais.	Seu atual esquema, de 12/12 horas, inclui quatro medicamentos, cinco comprimidos prescritos para as 10h00min e quatro para as 22h00min, mas os horários das tomadas oscilam muito. Pela manhã, o ritmo intenso de trabalho dificulta se lembrar da tomada ou ela posterga ir ao armário pegar comprimidos na bolsa. Atrasos da noite são significados como consequências do cansaço que a fazem se esquecer de tomar a dose, ou adormecer antes das 22h00min, assistindo à TV, acordando até 3 horas depois; às vezes, ingere a dose com atraso, às vezes, a suprime. Pouco explorado, tem histórico de esconder os frascos dos medicamentos e não tomá-los na frente do filho, o que sugere relação com as falhas por esquecimento. As dificuldades de adesão também se associam às experiências de efeitos adversos, “ficar meio grogue” , o que repercute em decisões pouco conscientes, de suprimir determinadas doses quando tem algum compromisso e “quer ficar bem [sem efeitos adversos]” .

dificuldades e erros no tratamento, produzidas na conversação, nos quatro casos. Se a profissional fosse normativa, possivelmente o medo da repreensão impossibilitaria assumi-los – como ocorre, geralmente, nas consultas médicas, segundo os pacientes.

Assim, a inflexão pretendida se processou parcialmente. Em alguma medida, foi prejudicada pela perda da dialogia em momentos/assuntos-chaves, subsumida pelo estilo comunicacional mais diretivo, “checklist”; ou pelo viés “excessivamente motivacional”. Por exemplo, no caso de Álvaro, embora Vera fosse convidativa ao diálogo, diante de um interlocutor mais lacônico deslizou para instruções e incentivos.

De modo geral, as conversas mesclaram características de orientação cognitivo-comportamental (mudar crenças, treinar, motivar, aumentar senso de autoeficácia) com características mais próximas das perspectivas construcionistas sociais.

As conversas tendiam a dialógicas, “mais construcionistas”, quando, por exemplo, a profissional fazia perguntas abertas, demonstrando a intenção de entender mais, ou melhor; quando comentava sobre o que a pessoa sentia ou fazia, não como características “inerentes” e “permanentes”, mas entendendo-as condicionadas à situação interpessoal e ao contexto; quando reconhecia que havia “vários jeitos de seguir o tratamento” ou “várias soluções” possíveis; e quando mencionava que, juntos, “iriam encontrar aquela mais conveniente à pessoa”, “a que fazia mais sentido para ela”. Engajamentos desse tipo sugerem que houve algum grau de “dinamismo dos processos de comunicação e [de] centralidade da interação eu-outro na produção de sentidos” (Gunaes, 2006, p.30).

Por outro lado, quando mais monológicas as conversas, predominavam as perguntas fechadas (“está fazendo direitinho?”), que investigavam a frequência de práticas, ou que possuíam “embutidas” expectativas de resposta; ou ainda, explicações técnicas repetitivas, incentivos, dicas e instruções no tempo verbal imperativo (“você tem que fazer isto”) que interrompiam a continuidade do que a pessoa contava. Produzia-se, assim, uma dinâmica comunicacional que restringia a produção de *novas vozes*, ou seja, de sentidos elucidativos segundo outras perspectivas compreensivas, mais ampliadas do que as do nível individual.

Quadro 7. Análise das conversações por dimensões e componentes/Encontro 1

CASOS	Ciro	Amaro	Álvaro	Deise
	ENCONTRO 1 (as falas dos pacientes estão em itálico e negrito)			
Sentidos produzidos na apresentação da intervenção	<p>Exceto com Ciro, predominaram sentidos que favoreciam o entendimento de que os encontros seriam de cuidado, e não de pesquisa, o que é positivo: <i>“atendimento”, “ajudar as pessoas a lidar com seus medicamentos”, “vamos pensar juntos”, “uma troca”</i>. Com Ciro, os sentidos predominantes foram: <i>“uma pesquisa”, “um tipo de entrevista”</i>; o paciente inclusive complementou dizendo: <i>“eu já dei entrevista uma vez para a VEJA”</i>. Com ele ressaltou-se o uso do <i>MEMS</i>, a contagem dos comprimidos pelos pesquisadores e o TCLE, sem a devida valorização da especificidade dos encontros enquanto uma atividade de cuidado (o número de encontros e seus objetivos, por exemplo), embora fosse parte da pesquisa maior. A implicação disto foi a dificuldade em produzir-se, entre a dupla, uma dinâmica de Cuidado que ficou secundária à interação de entrevistador-entrevistado.</p>			
Sentidos sobre a participação na pesquisa e uso do MEMS	<p>Ambos citaram com familiaridade os profissionais do serviço, como se tivessem atendido ao convite de pessoas amistosas. Amaro deu justificativas altruístas, concordando com o que o profissional lhe dissera, <i>“para ajudar os outros”</i>, mas também disse: <i>“é bom, às vezes, a gente falar [...] É bom a gente conversar”</i>, o que sugere o sentido de necessidade ou relevância pessoal, ao contrário de Ciro que veio, basicamente, para atender a um pedido; ele acreditava: <i>“sempre tomei certo [os comprimidos]”</i> embora no passado tenha tido <i>“uma ou outra falha”</i> em situações de viagens. Indagado sobre expectativas sobre a pesquisa, desejava uma nova vacina, <i>“pra gente ficar com menos medicação e melhor na saúde e no organismo [...]”</i>. Sobre o <i>MEMS</i>, embora perguntado, não comenta. O uso do dispositivo não é explorado com Amaro, emerge fortuitamente no segundo encontro, quando justificava o não-uso do porta-comprimido no dia a dia, para transportar os medicamentos de casa ao trabalho.</p>	<p>Diz, primeiramente: <i>“por curiosidade”</i>, quando a profissional o questiona (negociação de sentidos) como se isso não fosse suficiente. Daí, então, se produz um sentido pessoal: <i>“[Que] eu comece a tomar, que eu tome o remédio mais certinho”</i>. Reconhece as falhas no uso contínuo das medicações, em especial após rompimento com companheiro, <i>“não tomava com tanta regularidade [...] perdi a vontade de viver”</i>. Acreditava que a pesquisa já está ajudando-o, possivelmente se referindo ao <i>MEMS</i>. <i>“Porque tá me ajudando a tomar o remédio mais regularmente.”</i> Refere-se ao dispositivo como um recurso de auxílio para se lembrar dos horários das tomadas, um controle benéfico.</p>	<p>Produziram-se os sentidos <i>“se policiar mais”</i>; <i>“[...] para melhorar a vida da gente [...] E encontrar outras soluções”</i>. Aprofundar o diálogo sobre a experiência do <i>MEMS</i> possibilitou emergir as cenas de tomadas no cenário do trabalho, pois ela explicava que não era possível levar os frascos ao trabalho <i>“porque ficariam na bolsa, [...] nuns armários, [...] Se alguém quiser abrir e mexer, vai abrir [...] [Você] Evita porque tem medo? É. [...]”</i>.</p>	
Conversa sobre a carga viral detectável como justificativa ao convite para a intervenção	<p>Não desenvolvida no primeiro encontro, somente no segundo. Amaro disse que, há quase seis meses em TARV, o médico lhe informara que os resultados de seus últimos exames estavam melhores (referindo-se também ao CD4); não sabia os valores, mas compreendia a função de cada. Ciro teve mais dificuldades nesse assunto; para ele era incompreensível o motivo de sua carga viral detectável, pois acreditava tomar <i>“certinho”</i> os remédios; mencionou: <i>“a médica briga comigo”</i> e achava que os <i>“exames ruins”</i> se deviam ao envelhecimento (tem 71 anos).</p>		<p>Embora não tenha ocorrido nas conversas iniciais que apresentavam a intervenção, ocorre ao final do primeiro encontro com Álvaro e Deise. Com ele, em meio à investigação sobre falhas nas tomadas e as explicações da profissional sobre a relação entre o aumento da carga viral e atrasos ou supressões de doses, incentivando-o a ser mais aderente. Com ela, a abordagem ao final do encontro foi providencial e, possivelmente, fruto da sensibilidade da profissional em não falar da carga viral no início, uma vez que Deise estava muito incomodada com a informação no TCLE sobre a possibilidade de filmagem e gravação da intervenção, além de ressentida com a condição soropositiva, pois a infecção sexual pelo esposo era significada como uma injustiça.</p>	

continua

Quadro 7. continuação

CASOS	Ciro	Amaro	Álvaro	Deise
Apresentação mútua	Aos quatro pacientes, a profissional praticamente não se apresentou, se colocou genericamente como “ <i>psicóloga na pesquisa</i> ”, ou não falou nada sobre si, contrariando o princípio do reconhecimento mútuo para o desenvolvimento de uma comunicação dialógica. Com Deise, ao final da intervenção, afirmou preferir não mencionar que era psicóloga no serviço, contrariamente ao protocolo.			
Livre conversação Escuta das narrativas de apresentação e sobre as experiências com o tratamento	Bem desenvolvidas com os quatro pacientes, o que possibilitou a emergência de suas histórias pessoais atuais e pregressas; o foco nas rotinas de tratamento possibilitou vislumbrar os cotidianos, os cenários em que o tratamento ocorre, embora tenha havido fragilidades nas conversas específicas sobre os esquemas de tratamento de cada um, dificultadas, possivelmente, pelas nomenclaturas dos medicamentos ou pela complexidade do esquema de tratamento (Ciro). As confusões e dúvidas eram não somente dos pacientes, mas da profissional também. Incipiente com os quatro foi a exploração de possíveis diferenças na rotina das tomadas atualmente com o MEMS e, anteriormente, sem o dispositivo.			
	Esforço da profissional para identificar “ <i>questões, dificuldades, problemas</i> ” com tratamento. Predominaram perguntas do tipo: “ <i>you take medicine?</i> ”, “ <i>you are taking medicine, right?</i> ”, um estilo diretivo (“ <i>checklist</i> ”), não dialógico, que não favoreceu a exploração de sentidos. Perguntas genéricas, atemporais e averiguadoras pouco convidavam à rememoração e análise das situações específicas.	Conversa mais exploratória, convidativa, maior especificidade nas perguntas sobre o tratamento. São mais explicitadas as circunstâncias em que ocorriam os atrasos de até 3 horas nas tomadas. Amaro afirmou que estes ocorriam muito raramente, cujo sentido se transformou no decorrer da conversação: ele reconheceu que as horas-extras no trabalho ocorriam com mais frequência, logo atrasava as tomadas das 19:00; e que, às vezes, dormia sem tomar a dose das 23h00min. Ficou prejudicada a compreensão sobre o esquema de tratamento. Queixas de efeitos adversos: “[...] <i>O efavirenz, ele bagunça um pouquinho comigo. Então eu não tomo.</i> ”	As dinâmicas das interações com ambos se assemelharam num aspecto: o tema do tratamento ficou secundário durante boa parte do encontro 1 e, também, nos seguintes. Expressaram-se significativamente sobre outras questões além do tratamento, com significativo sofrimento. Ela, em relação à decisão recente de demitir-se do emprego, às circunstâncias de sua infecção sexual pelo esposo, o constrangimento de ter aids e o “ <i>bloqueio</i> ” na vida sexual que repercutiram em diálogos sobre sentir-se deprimida. Já Álvaro reconhecia como problemas em sua vida: o término com o namorado e seu esforço para reatarm, a suspeita de que era traído, as dívidas, a moradia em terreno compartilhado com a irmã agressiva e os irmãos violentos que o discriminavam. A dinâmica comunicacional que se produziu caracterizou-se, portanto, pela escuta, acolhimento e apoio emocional por parte da profissional, que, respeitando as necessidades de ambos, inseria o tema do tratamento nos momentos possíveis e apropriadamente. A complexidade psicossocial de suas vidas teve implicações sobre o diálogo e sobre a intervenção como um todo: a “ <i>tensão</i> ” entre restringir ou expandir o foco das conversações; a pertinência ou não de encaminhá-los para psicologia e psiquiatria (se desejavam ou concordavam) e, no caso de Álvaro, o longo intervalo de 60 dias entre os encontros 1 e 2, que acarretou dificuldades de se recordarem das conversas anteriores. A despeito disso, a profissional conseguiu valorizar e reposicionar o tema da experiência do tratamento em meio às conversas sobre outros temas. Foi possível identificar as circunstâncias dos problemas de adesão e, embora não com tanta clareza, os esquemas de tratamento.	

continua

Quadro 7. continuação

CASOS	Ciro	Amaro	Álvaro	Deise
<p>Livre conversação</p> <p>Escuta das narrativas de apresentação e sobre as experiências com o tratamento</p>	<p>Dificuldade de Giro para descrever o esquema (substituiu as nomenclaturas de cada medicação pelas cores). O tratamento não se associava a sentidos de problema e dificuldade (termos usados pela profissional de acordo com roteiro), já outras questões de sua vida sim, como: dor de dente, saudades de uma irmã e falta de dinheiro. Ao expressá-las, a profissional investigou se tinham o sentido de experiências que prejudicavam o tratamento; o que ele negou. A seu ver, teve falhas no tratamento no passado (em viagens quando decidia não levar seus medicamentos para não se expor aos amigos); acreditava que agiria futuramente da mesma forma: só viajaria sozinho ou com pessoas que soubessem do diagnóstico. Insegura, Vera não achou meios para problematizar as afirmações de que não tinha problemas com o tratamento; chegou a comentar sua dúvida sobre a real necessidade de Giro participar da intervenção, como se “pensasse alto”.</p>	<p><i>Ele me deixa um pouco ansioso, entendeu? [...] Então eu evito. Me deixa meio zozzo [...] gosto ruim na boca né? [...] as piores reações que esse remédio me dá. Fora isso...</i></p> <p>Aspecto relevante, mas pouco explorado foi a associação que o paciente fez entre seus estados de ânimo e melhor ou pior adesão (irritação, agitação, ansiedade, “estar no limite”, “meio hipertenso”, “hiperativo”, “que briga às vezes”); nunca gostou de tomar remédios. Não se desenrolou a exploração das possíveis implicações dessas descrições de si sobre o tratamento, ou se constituíam repercussões do viver com HIV. Frente a estas colocações o foco foi fechado: “Então o nosso objetivo maior é estarmos pensando com relação aos medicamentos. Tá. Não é?”, o que impossibilitou a continuidade do diálogo.</p>	<p>Dificuldade de priorizar o tratamento em meio aos problemas da vida (brigas, relacionamento afetivo, moradia). Vera, ao tentar compreender toda a “trama”, elencou o “preconceito da irmã” e indagou: “isso afeta sua vida, em termos de tratamento, tomada dos seus medicamentos?” Ele negou. O assunto se esvaiu, retomado quando Álvaro reconheceu que falhou no uso contínuo das medicações após rompimento com o namorado, deprimiu-se. Vera não o repreendeu e explorou os sentidos das afirmações: “hoje tomo regularmente”; “noventa e cinco por cento das vezes”, mas a conversa sobre os cenários das falhas ficou secundária em relação aos problemas psicossociais. Tomar remédios parecia “o de menos” comparado à urgência em reatar com o namorado/voltarem para a casa de Álvaro. Pernoites na casa do namorado implicavam falhas (não levava os medicamentos sempre), aspecto não aprofundado.</p>	<p>Falhas (atrasos e supressões de doses) ocorriam pela manhã, no cenário do trabalho. Quando a linha de produção parava às 09h30 para o café dos trabalhadores, Deise tomava, regularmente, a dose das 10h00; a mudança do horário para as 07h30 acarretou o inconveniente da parada no trabalho para a tomada; o ritmo acelerado dificulta. À noite, os atrasos de até 3 horas são significados como fruto do cansaço; ela adormece assistindo à TV, só toma a dose se acorda até 01h00; às vezes, abole-a. Faz “autogestão” das tomadas (supressão ou postergação) de acordo com compromissos; assim crê evitar efeitos adversos, o que será detalhado na análise do trabalho com cenas.</p>
<p>Fechamento</p> <p>Elencar as falhas, problemas ou dificuldades</p> <p>Registro compartilhado</p>	<p>Elencarem conjuntamente as questões, problemas e dificuldades identificadas na conversa, anotá-las, na forma do registro compartilhado, foi um processo falho, de modo geral, com os quatro pacientes. Seja por baixa clareza/especificidade (com Álvaro), seja por iniciar e não concluir (com Amaro), ou, mesmo, por abdicá-lo (com Deise parece que foi esquecido, com Giro dispensado, por não fazer sentido, uma vez que, para ele, não havia nenhum problema com o tratamento). Exemplificando, com Amaro, o registro poderia ser: “atrasar a tomada quando faz hora extra”, o que não ocorreu. Ao ser indagado sobre quais problemas poderiam ser listados, Amaro não os identificava e, genericamente, respondeu: “no meu caso, quem tá ocasionando o problema sou eu mesmo”. Vera não discordou, nem propôs novas formulações, o que foi prejudicial, pois consentiu com a autocolpabilização. Positivamente, Amaro, já ao final do primeiro encontro, fez menções a possíveis soluções: “posso comprar um estojinho” (porta-comprimido) para transportar as doses ao trabalho, o que, no decorrer dos encontros, se configurou como uma intenção extremamente difícil de ser praticada (postergada).</p>			

Quadro 8. Análise das conversações por dimensões e componentes/Encontros 2, 3 e 4

ENCONTROS 2 e 3 Manejo da metodologia das cenas e coprodução de sentidos (as falas da profissional estão em itálico e negrito)	
COM TODOS	Exceto com Álvaro, com quem a <i>conversa em cena</i> não se processou, com os outros três, a profissional se esforçou para desenvolvê-la, embora com dificuldades de condução e, de modo geral, numa assimilação bastante singular e relativamente distinta aos marcos teóricos do protocolo. A metodologia foi desenvolvida segundo um enfoque 'mais cognitivista' e de aprendizagem comportamental, uma fragilidade presente em todos os casos. Dois pontos merecem detalhamento: 1) a assimilação da metodologia da cena se dá como uma narrativa sequenciada de ações ao longo de um dia, como se fosse um filme, e não uma cena. No caso de Deise, um passeio no final de semana, com ênfase no aspecto cognitivo (se lembrar do horário da tomada) e no aspecto prático (o que fazer: usar despertadores, lembretes escritos); 2) a questão do estigma da aids e da possibilidade de exposição às discriminações atravessou as narrativas sem ser abordada diretamente, nem aprofundada. A tendência foi nomear esta questão sob o termo " <i>preconceitos</i> ", interpretando-a de modo reducionista (plano estritamente cognitivo) e individualizante: " <i>na verdade é o quanto que você tem de preconceito, né? É, é. Preconceito com relação à questão da dificuldade, da não aceitação do diagnóstico</i> ". Positivamente, identificou-se um aprimoramento progressivo tanto no decorrer dos encontros, como dos primeiros casos (Amaro e Ciro) para um dos últimos (Deise) que ingressaram na intervenção.
CIRO	A dinâmica não se caracterizou predominantemente como de cuidado, e sim de pesquisa, o que pode ter favorecido a produção de sentidos que expressassem " <i>eu faço tudo certinho no tratamento</i> ", pois essa é a expectativa. Vera privilegiou trabalhar a cena com relação a episódios passados, ou seja, as falhas de adesão em viagens, o que em si não seria uma fragilidade se ela não o tivesse feito com baixa consistência e especificidade – não solicitou que ele se recordasse de determinada situação e a compartilhasse, fez perguntas fechadas e confirmatórias, " <i>mas obedece...? você tem atrasos, não tem?</i> ". A proposição da cena incipiente: " <i>e digamos que você precise viajar novamente</i> ", sem desenvolver os elementos. Repetia a expressão " <i>me conte</i> ". O tratamento durante viagens foi a única janela de oportunidade identificada por Vera para trabalhar uma cena. A conversa em cena a partir da imaginação ativa ou do role playing não se desenrolaram plenamente. Embora relevante trabalhar uma cena passada, preparando-se para situações futuras (coidentificar recursos e possibilidades para lidar com a dificuldade sem abdicar da medicação), Vera não convidou o interlocutor a imaginar especificamente uma cena, tampouco extrapolou o cenário das viagens, incentivando reflexões sobre: como lidar com o tratamento na convivência com amigos e conhecidos que não soubessem do diagnóstico; meios de se preservar a privacidade sem abdicar da ingestão dos medicamentos etc. A construção da cena de fato não aconteceu. O que se processou foi uma descrição de Ciro, incentivada por Vera, de uma sequência de ações que ele faria na ocasião de futuras viagens, desde a arrumação das malas (em que a profissional insistia em averiguar se ele se lembraria de colocar na mala os frascos das medicações) até a chegada ao hotel. Em continuidade, ela questionava sobre as tomadas nos horários correspondentes caso coincidissem com o período de um passeio. A profissional compreendeu que a principal dificuldade era "se lembrar de tomar" e não "o como" tomar em situações sociais, associado ao medo de questionamentos que culminassem com a exposição da condição de pessoa com aids. Sugerindo aprimoramento da <i>conversa em cena</i> , houve o reconhecimento, embora tênue, do estigma e do risco da discriminação como elementos importantes; daí a profissional comentou que compreendia o medo de Ciro de que as pessoas soubessem do HIV e agissem preconceituosamente; indagou-o se fora esse medo que o fizera " <i>largar os remédios</i> ", com o que ele concordou: " <i>Foi. Porque eu não levei por causa disso. Medo de comentários, medo de críticas, medo de qualquer vexame. Então eu falei: '- Eu não vou levar'</i> ". No entanto, parou-se aí, sem maiores reflexões, decodificação e ampliação para o contexto sociocultural, o que impossibilitou o reconhecimento solidário do medo pessoal da discriminação como uma experiência psicossocial associada ao estigma da aids (plano social da vulnerabilidade). Não se desenrolaram a imaginação de outros desfechos, com a coprodução de intenções acerca de novos repertórios. A conversa limitou-se à aceitação do desfecho proposto por Ciro, de somente viajar sozinho (o que perpetua o isolamento social) ou com pessoas a quem ele contasse, de antemão, sobre o HIV, com o sentido de uma obrigação moral das pessoas com HIV.

continua

Quadro 8. continuação

ENCONTROS 2 e 3	
Manejo da metodologia das cenas e coprodução de sentidos (as falas da profissional estão em itálico e negrito)	
AMARO	<p>A profissional se esforçou para dinamizar a <i>conversa em cena</i>, o que possibilitou emergirem as principais dificuldades de adesão de Amaro no cenário do trabalho. A operacionalização da metodologia da cena foi marcada, assim como com <i>Ciro</i>, pelo esforço para que se produzissem relatos contínuos e lineares, de um ponto de partida a um ponto de chegada (do acordar, ao fim do dia), durante os quais o paciente era indagado se, nos momentos correspondentes aos horários prescritos das doses, a tomada da medicação ocorria; se ele “encaixava” o medicamento em sua narrativa. O objetivo era o de ajudá-lo a se lembrar dos medicamentos e memorizar “o como” deveria fazer em situações futuras. As perguntas foram repetitivas, às vezes com pouca clareza, embora o esforço em conversar desse modo tenha contribuído fortemente para a emergência da experiência cotidiana com o tratamento. A profissional se engajou em trabalhar com a cena mais do que na intervenção com <i>Ciro</i>.</p> <p>No entanto a dificuldade também foi extrapolá-las para o contexto sociocultural mais amplo, o que ajudaria a elucidar as diferenças de sentido entre tomar medicações em casa, tomar no trabalho, levar o estojinho ou postergar essa prática. Não se desenrolou a decodificação de sentidos intersubjetivos também relacionados ao medo significativo de Amaro da discriminação no trabalho, que se processava na não-efetivação da intenção de levar as doses consigo, preferindo sempre tomá-las em casa (ambiente protegido) mesmo com significativos atrasos. As narrativas do paciente sugeriam que, racionalmente, sabia como resolver seu problema (dizia que comprar o estojinho era fácil), entretanto, algum sentido que ele desconhecia ou era pouco racional dificultava a efetivação prática da intenção. Esta era a “janela de oportunidade” a ser explorada pela profissional, entretanto, como ela se colocou no diálogo incentivando-o, sobretudo a soluções práticas, o que emergiu das discussões como desfecho na construção da cena foi: <i>“voltar para a casa no meio do dia para buscar os medicamentos”</i>, o que não auxiliava a ampliar o reconhecimento sobre as barreiras simbólicas intersubjetivas em questão. O sentido que se produziu para o uso do estojinho foi “fazer aquilo que a profissional desejava”, pois ele disse: <i>“mas eu posso fazer o teste do estojinho, se você quiser”. Se você achar interessante fazer. O que é que você acha?”</i>. Se essa passagem, por um lado, evidencia a dinâmica intersubjetiva de cooperação e vínculo, o diálogo não foi suficiente para ampliação do reconhecimento dos aspectos envolvidos e para a construção de novos repertórios. Numa segunda tentativa, ela explorou uma cena no trabalho, do momento em que ele ficava sabendo que teria de fazer hora-extra. Ambos, então, treinaram diferentes situações e os comportamentos que resolvessem os impasses diante de situações inusitadas que ela propunha (o que não foi de todo ruim): alterou-se o horário em que ele ficava sabendo que faria hora-extra e indagou-se, no sentido de averiguar se a resposta de Amaro correspondia a alguma intenção na direção de tomar a medicação. Depois de várias interpelações do tipo: <i>“E se... (ocorrer tal coisa)?”</i>, deu-se a compreensão de que os avisos para horas-extras eram mais frequentes do que até então pareciam, e uma nova intenção de Amaro se delineou: <i>“[eu vou] fazer o teste do estojinho”</i>. A profissional conceituou a intenção: <i>“um compromisso que você está estabelecendo comigo”</i>, e o incentivou a cumpri-lo. Na terceira construção de uma cena, houve o aprimoramento de sua condução, a <i>conversa em cena</i> se desenrolou com a explicitação dos elementos constituintes e a decodificação preliminar dos sentidos envolvidos na prática de levar o estojinho com os comprimidos e tomá-los na empresa: <i>“Como você faz? Quem que está lá? Quem que está lá na hora que você vai trabalhar, estar lá com o estojinho, quem vai estar? Quem está lá com você, no seu trabalho?”</i>. Ela chegou a indagá-lo como seria tomar o comprimido no bebedouro de água da empresa, se haveria pessoas por perto, ele respondeu que não teria problemas, pois <i>“ninguém sabe do HIV”</i>. A questão do risco de exposição atravessou todo o diálogo, mas não foi objeto específico da conversa. Embora tivesse acabado de dizer que iria usar o porta-comprimido todos os dias, pois afinal quase sempre era avisado sobre as horas-extras só no fim do dia, em alguns momentos, Amaro recuava e reafirmava: <i>Se eu for, digamos assim, se eu tiver certeza “- Não vai ter hora extra hoje.” “- Não vai ter?” “- Não.” “- Beleza.” Então eu pego e não levo nada e, aí, eu chegando em casa vou ter o horário certinho pra mim tomar.”</i> Suas narrativas expressavam ambivalência. Em continuidade, a profissional identificou a necessidade de abordar o sentido de não levar o porta-comprimido, mas o fez superficialmente: <i>“Qual é a preocupação com relação ao estojinho?”</i>. Em seguida, fez uma abordagem motivacional e diretiva incentivando <i>“o compromisso do estojinho”</i>. Amaro foi evasivo em sua resposta, que sugeria a produção de outros sentidos em torno do termo <i>“preocupação”</i>, que não os que a profissional ensaiava; o diálogo não prosseguiu. A conversa sobre o porta-comprimido se fez presente durante toda a intervenção, com sentidos de recuo, postergação; em um momento, Amaro justificou não adotá-lo em função do uso do MEMS, <i>“ia atrapalhar a pesquisa”</i>, o que não foi relativizado pela profissional. Ao contrário, ela concordou solicitando que não tirasse as doses da noite, antecipadamente, do dispositivo, para colocá-las no porta-comprimido, mas contraditoriamente, insistiu que o fizesse em outros momentos. Vera não fez nenhuma fala no sentido de distinguir, com o paciente, a situação peculiar atual de estar na pesquisa, de situações futuras, passíveis da adoção do utensílio.</p>

continua

Quadro 8. continuação

ENCONTROS 2 e 3 Manejo da metodologia das cenas e coprodução de sentidos (as falas da profissional estão em itálico e negrito)	
AMARO	Num momento ela indagou: <i>“O que está faltando para comprar o estojinho?”</i> Ele disse: <i>“Vergonha na cara”</i> , quando ambos riram. Prosseguiram: <i>“Vergonha na cara. Sério. Sério, porque é uma coisa tão fácil, falei pra você, na loja de um real tem! É falta... As vezes, a gente não lembra, não é?”</i> O que não é conversado é que um dos sentidos possíveis ao usar o estojo no trabalho era o medo de ser identificado como pessoa com HIV, o que precisaria ser explicitado e humanizado, reconhecerem que essa sensação é vivenciada por muitas pessoas que vivem com o HIV, e não como <i>“uma falta de vergonha na cara”</i> , que mais uma vez individualiza o problema, culpabiliza quem o vivencia e não abre espaço para compreensões dos aspectos intersubjetivos. A profissional, por sua vez, deu uma conotação cognitiva à dificuldade – reafirmando o sentido de que ele não efetiva sua intenção por não se lembrar de comprar o utensílio – sugerindo que verificasse sua disponibilidade na farmácia do serviço. Amaro dizia que o <i>“estojinho”</i> deveria ser <i>“sutil”</i> , para que ninguém <i>“associe nada”</i> , ou seja, com a doença. O medo da discriminação não se relacionava somente a ser portador do HIV, mas também às práticas sexuais homoafetivas. A profissional, então, nomeou a <i>“questão do preconceito”</i> , o que foi positivo, mas o fez nos termos <i>“você já superou isso”</i> , como se tentasse elogiá-lo. Ele, então, contou longamente a história de um amigo HIV positivo que revelou sua condição no trabalho e sofreu consequências ruins, justificando o próprio esforço em manter o sigilo; lembrou o próprio medo e angústia diante do risco de ser identificado com HIV em um exame admissional e, também, que não tinha ainda contado sobre seu diagnóstico ao médico do convênio que vai com frequência, entre outros comentários sobre o medo da discriminação. Isso sugere que a abordagem motivadora <i>“abafou a voz”</i> que tentava se expressar; além de ter colocado em xeque o sentido da profissional de que <i>“a questão do preconceito”</i> era um pensamento/crença (cognição) superável, e não um processo intersubjetivo relacional vivido em cada cena nos diferentes cenários sociais; sobretudo, se contrapunha ao sentido de que o <i>“preconceito de Amaro”</i> estava superado. Diante do comentário da profissional, o ciclo do assunto se concluiu sem a produção de novas vozes, pois Amaro respondeu o que era socialmente esperado: <i>“Mas já superou tudo isso, não é? Superei. Graças a Deus!”</i> A implicação desse tipo de comunicação é que não se produziu espaço para dialogar sobre a vivência real e atual da insegurança que se processava subjetivamente nesse <i>“ir e voltar”</i> , na postergação de uma prática aparentemente simples (usar o porta-comprimido no trabalho), mas que guardava sentidos pouco explorados comunicativamente, permanecendo <i>“silenciados”</i> , porém, ativos. Frente aos incentivos da profissional, Amaro, como se reconhecesse seu próprio movimento de postergar algo <i>“fácil”</i> , respondeu: <i>“vou seguir os horários certinhos [...] e comprar o estojinho. Vou ver na farmácia se tem”</i> , e deu risadas.
DEISE	Aprimorou-se o desenvolvimento da metodologia das cenas, introduzindo-a com mais especificidade e, também, na conversa reflexiva (etapa da decodificação): <i>“Então, escolha um dia, sem se preocupar que dia foi da semana, se você não se lembrar, mas me conta o que você lembra. O que aconteceu, como foi isso.”</i> A primeira cena trabalhada é do adormecimento no sofá assistindo à TV e o acordar quase três horas depois do horário da tomada, a 01h00min. A construção de uma segunda cena, da tomada da medicação pela manhã no trabalho, possibilitou, além do reconhecimento de que o ritmo intenso da linha de produção dificultava a parada para a tomada das 10h00min, a decodificação de alguns sentidos relacionados ao modo como lidava com sensações adversas atribuídas aos medicamentos. Mediante os questionamentos da profissional, emergiu que, antevendo possível mal-estar, Deise fazia ajustes (supressão ou atraso da tomada) até então significados como involuntários, lapsos. Pela decodificação, as práticas ganham compreensões adicionais: de haver algum grau de decisão em <i>“não tomar a dose certinha”</i> , como uma autogestão do tratamento para manejar os efeitos indesejáveis: <i>“Então, às vezes acontecia assim; se eu precisava fazer alguma coisa, [...], aí eu já não tomava, porque eu tinha que ir [...]. Aí, quando você toma bem certinho o remédio, a gente sente que não fica bem normal. Tem dias em que eu não estou cansada e eu quero estar bem normal [...] Então, [...] você crê que o fato de você querer se sentir melhor, digamos, amanhã, você faz isso – de não tomar o medicamento – pra ficar melhor? [...] Teve um tempo em que fazia isso. [...] Lá no serviço era bem puxado, não é? Aí, eu esquecia. [...] Será que você esquecia por que esquecia mesmo, ou porque era providencial e você queria estar bem, pra poder fazer o serviço de uma maneira melhor? [...]”</i> A conversa que se seguiu foi bastante produtiva no sentido da problematização e da reflexão; nos termos de Deise, ela fez uma <i>“autoanálise”</i> sobre como lidava com o tratamento.

continua

Quadro 8. continuação

ENCONTRO 4 (as falas dos pacientes estão em itálico e negrito) Avaliação dos encontros / Sustentabilidade da adesão em longo prazo	
COM TODOS	De modo geral, ao se esforçar para seguir fielmente o roteiro, as conversas adquiriram uma dinâmica menos dialógica e mais inquisitiva, diretiva, ao estilo " <i>checklist</i> ". As recomendações do roteiro não foram suficientemente personalizadas nas conversações, por exemplo, tomando os assuntos de cada um como ponto de partida. Logo, foram genéricas, as perguntas abstratas demais, repercutindo em significativas dificuldades de compreensão mútua. Ao responderem algumas perguntas, era como se estas não fizessem sentido, questionassem o óbvio ou se repetissem demais.
CIRO	O sentido que prevaleceu foi fazerem uma revisão dos encontros. Retomaram o assunto das tomadas em viagens e permaneceu pouco explorado "o como" lidar com o risco de se expor socialmente e as saídas possíveis. Mesmo que Vera imprimisse um tom mais reflexivo e aberto à conversa sobre o processo dos encontros e a identificação de recursos para manter-se aderente em longo prazo, ele dava respostas bem pontuais; em vários momentos, não compreendia as indagações, tornando-se "truncada" e cansativa a comunicação. Ele não sabia como responder à expectativa dela ou não vislumbrava ações a serem efetivadas: " <i>eu não sei explicar. Mas eu acho que devo continuar corretamente em tudo, né? [...] Eu acho que não tem muita coisa [que eu possa fazer] [...]</i> ".
AMARO	Contou que comprou o porta-comprimido e trouxe-o para mostrá-lo; valorizam o utensílio em termos das facilidades práticas, ela o incentiva a incorporá-lo na rotina quando não estiver mais usando o MEMS. A ideia de fazerem um resumo sobre os encontros anteriores ajudou a avaliação do processo e as reflexões, mas, no decorrer, os diálogos diminuíram e predominou o tom " <i>checklist</i> ", averiguador: " <i>a questão da providência do estojo, você já providenciou, né? (Isso.) E a manutenção futura, que a gente tinha pensado... para poder estar reforçando hoje, não é?</i> ". Perguntas repetitivas e mudanças abruptas de assunto pela profissional. A dinâmica conversacional caracterizou-se pelo pressuposto de responder o certo, o esperado, aquilo que deveria ser memorizado, " <i>reforçado</i> "; pouco exploradas as vivências e seus sentidos. As respostas dele eram mais curtas, às vezes somente sim ou não; as falas dela eram motivacionais.
ÁLVARO	Ocorreu com intervalo de trinta e um dias. Inicialmente, o diálogo também adquiriu a conotação " <i>checklist</i> ", em que a profissional fazia averiguações sobre pontos dos encontros anteriores, sobretudo se ele estava desenvolvendo práticas que favorecessem a adesão, nomeadas, por ela, como "acordos feitos entre ambos", durante os encontros. As respostas eram quase sempre curtas e/ou genéricas, como, por exemplo, quando Vera perguntou se ele estava mantendo as medicações às 10 e às 22 horas e ele respondeu somente: " <i>É</i> ". No entanto, positivamente, a profissional, progressivamente, imprimiu uma abordagem mais aberta / dialógica à conversa, com perguntas mais reflexivas e avaliativas sobre a experiência dos encontros, mudanças conseguidas e a serem praticadas, e que tipo de apoio ele precisava. Álvaro se expressou um pouco mais, mas advertiu que estava com muito sono, o que dificultava se expressar.
DEISE	A conversa foi, também, mais dialógica, embora com repetições de perguntas sobre o que ela precisava para se manter aderente em longo prazo. Algumas expressões genéricas do roteiro, por exemplo, " <i>soluções encontradas para se manter aderente</i> " não eram pertinentes aos rumos das conversas, pois o que haviam conversado não tinha o sentido de "soluções" (os termos e sentidos eram outros). Deise pareceu demandar um encontro adicional, aos moldes do segundo e terceiro, com foco no trabalho com cenas; o encontro 4, avaliativo do processo, foi prematuro no caso dela.
Repercussões da intervenção para a pessoa	
TODOS	A despeito de fragilidades identificadas no conjunto das dimensões e componentes da intervenção, as narrativas sobre "se a intervenção havia ajudado, e em que", "ou como eu estava antes, como estou hoje" sugeriam boas repercussões na direção da adesão, da melhora do autocuidado, do bem-estar emocional, entre outras mais específicas às realidades de cada um.

continua

Quadro 8. continuação

ENCONTRO 4 (as falas dos pacientes estão em itálico e negrito) Avaliação dos encontros / Sustentabilidade da adesão em longo prazo	
CIRO	Incentivado a <i>“se apropriar dos medicamentos (conhecer cada um pelas nomenclaturas)”</i> e <i>“aceitar a possibilidade deles na sua vida”</i> , <i>Ciro</i> expressou sentidos positivos aos medicamentos e de maior aceitação do tratamento: <i>“[...] tem que aceitar né? Faz parte da minha vida. É como se fosse um companheiro”</i> . Lembrando que é uma pessoa tranquila com relação ao diagnóstico, não se queixava de efeitos adversos e acreditava seguir o tratamento <i>“certinho”</i> ; talvez por isso houvesse menos depoimentos sugestivos de mudanças. Os encontros foram significados como uma experiência positiva e suas narrativas sugeriam motivação, conscientização, engajamento no tratamento, trocas empáticas e afetivas com Vera.
AMARO	Ele referiu se sentir mais seguro e consciente da importância de não <i>“ficar descoberto”</i> , referindo-se aos atrasos das tomadas; <i>“mais adaptado”</i> ao tratamento; de desconfortável passou a significá-lo como <i>“uma questão de adaptar-se à rotina”</i> , transformá-lo em <i>“hábito”</i> . Valorizou a oportunidade de conversar e receber informações, afirmou que isso repercutiu também em seu tratamento de hipertensão, reconhecendo que mudou, pois anteriormente <i>“não levava a sério”</i> , comparando com o presente, em que tem intencionalidade de manter-se aderente. Disse também: <i>“eu aprendi a me expressar um pouco melhor referente ao meu problema [...] Eu estou me sentindo mais à vontade de conversar, você entendeu? (Sei.) De conversar e falar sobre o HIV”</i> . Do ponto de vista psicológico e da descrição de si, a mudança operou-se em deixar de se ver como vítima: <i>“[...] parei de sentir pena de mim mesmo. Eu me sentia vítima do mundo. Eu não sou! [...] Eu tenho pensado nesse ponto de vista, entendeu? [...] Acho que eu psicologicamente estou bem.”</i> Os encontros ajudaram, nos seus termos, a <i>“uma autoafirmação de mim mesmo”</i> e destacou que a profissional não fora impositiva, <i>“[...] Não. [Você não disse] ‘_Você vai ter que fazer desse jeito, desse jeito e desse jeito’ Não. Você me deu opção [...] não sou tão passivo como era”</i> .
ÁLVARO	É o paciente em situação mais complexa, de uma sinergia de aspectos que ampliavam sua vulnerabilidade ao adoecimento, destaque aos emocionais (angústias em relação ao namorado) e de cidadania (dificuldade socioeconômica, agressões de familiares, instabilidade de moradia). Considerando, sobretudo, seu perfil mais lacônico, lento, e a menor expressividade verbal, as narrativas de repercussões foram poucas. Ele compreendeu que, pelo objetivo da intervenção, <i>“começar a tomar o remédio em data certa, em horário certo todos os dias”</i> , ele se beneficiou, pois era <i>“desligado”</i> e agora estava <i>“mais ligado”</i> quanto ao tratamento, tomando as doses às 10 e às 22 horas, o que sugere a produção de sentidos disciplina e atenção quanto a seguir os horários prescritos. Um aspecto interessante é que, no diálogo avaliativo, Álvaro foi mais explícito em assumir (era esse o sentido) quanto, no passado, não seguiu corretamente o tratamento, associando a mudança positiva à participação na pesquisa; que o MEMS o ajudou e gostaria de ter sempre <i>“essa tampinha”</i> , pois ela <i>“monitora a gente”</i> , <i>“fica mais ligado [...] pra tirar o remédio na hora certa”</i> . Para ele, os encontros foram suficientes porque ajudaram a produzir o senso de necessidade de maior implicação de sua parte: <i>“[...] É assim, sabendo pelo menos o horário que tal, que tem que tomar, isso aí, já começo a me preocupar de colocar um despertador, de colocar um papel na geladeira, [...]”</i> Nos seus termos, a intervenção o ajudou a <i>“[...] a tomar vergonha, tomar o remédio mais no horário certo, mais continuamente do que eu estava tomando”</i> e a <i>“buscar outras saídas para os problemas”</i> ao invés de <i>“explodir”</i> , sugerindo repercussões que extrapolaram o tratamento, no sentido de valorizar a própria capacidade de ponderar sobre situações cotidianas que exigissem tomadas de decisões, com mais calma e menos tensão.

continua

No mais, o tema geral da conversa – o tratamento de uma doença sem cura, cujo risco de morte por falência, no tratamento, é muito conhecido – pode ter suscitado esses engajamentos mais monológicos: *“insistir no fazer o certo”*, *“repetir quantas vezes forem necessárias”*, *“averiguar se a prescrição está sendo seguida”*, *“pelo bem da pessoa”*.

Adicionalmente, as conversações transcorreram no âmbito de uma pesquisa, institucionalmente valorizada. Possivelmente, o simbolismo da ciência como atividade padronizada e controlada estava presente, intersubjetivamente, nas interações de cuidado, implicando alguma perda de naturalidade e

Quadro 8. continuação

ENCONTRO 4 (as falas dos pacientes estão em itálico e negrito) Avaliação dos encontros / Sustentabilidade da adesão em longo prazo	
DEISE	As repercussões sugerem que, embora tenha se produzido uma maior compreensão de si mesma e das circunstâncias em que as falhas de adesão aconteciam, essas ainda estavam ocorrendo ao término da atividade (relatos relativos aos últimos dias). O uso de despertador e de alarme de celular, muito incentivado, não se mostrou sistemático e suficiente para evitá-las e não se produziram sentidos de gravidade, de frequência ou de problemas quanto às situações de falhas na adesão. Em sua compreensão, ocorriam esporadicamente, embora durante o período dos encontros tenha relatado, pelo menos, três ocorridos em que a dose fora abolida. Seus depoimentos não sugeriam intenção de adotar novos jeitos de tomar as medicações, e sim reflexões sobre como se sente hoje e como se sentia, e suas implicações sobre o tratamento. Ela ressaltou os aprendizados com a intervenção " <i>[a gente] aprende muita coisa, né?</i> " Avaliou que estava " <i>meia caída</i> " que " <i>nem lembrava dos remédios mesmo</i> " " <i>por isso [a intervenção] me ajudou, "foi depois dessa pesquisa que eu tomei essa decisão"</i> [de mudar, de se cuidar]. Interpretou os encontros como " <i>um cutucão</i> " positivo, pois a incentivaram a " <i>não se esquecer de viver</i> ", " <i>não se esquecer de si mesma</i> ." A repercussão mais evidente no movimento de Deise foi rumo ao bem-estar emocional em função de ter sido acolhida naquilo que necessitava conversar (valorizou muito " <i>poder conversar, se abrir</i> "); de entristecida e cansada, passou a vivenciar novas sensações nomeadas como tranquilidade, autoconfiança e segurança; além de compreender com mais clareza as implicações de seu estado anterior depressivo sobre o modo de seguir seu tratamento. A produção do bem-estar também se associou à decisão de efetivar uma mudança significada como importante, durante o período da intervenção: pedir demissão, uma decisão difícil, mas necessária e libertadora a seu ver.

espontaneidade, e o compartilhamento de uma espécie de "pressão": as profissionais "executarem bem" o esperado; e os pacientes "aproveitarem a oportunidade da pesquisa da USP".

Assim, as dificuldades comunicacionais identificadas se sustentam, em parte, em questões teórico-conceituais e histórico-culturais que extrapolam o "aqui e agora" dos encontros. Aprofundá-las exigiria maior espaço para o diálogo com outras produções que versam sobre: - interações verbais e dialogismo nas práticas de saúde (Corrêa, Ribeiro, 2012); - significado social da aids, de viver com HIV, de ser profissional de serviços de aids, no Brasil; - tradição "prescritiva e normativa", "de orientar e motivar", "encarnadas" nas práticas profissionais em saúde; - ou ainda, sobre as vertentes psicológicas predominantes na formação de psicólogos e nos cursos de saúde. Estas, ainda, são pouco afeitas aos referenciais mais contemporâneos, como o construcionismo social e hermenêutica, que enfatizam o cuidado como interação dialógica.

Há, por último, mas não menos importantes, as implicações relacionadas às situações dos próprios pacientes, que, merecendo um aprofundamento específico, estão sendo investigadas em outro trabalho. Situações individuais que envolvem complexas dimensões sociais são de difícil mitigação para o nível assistencial da saúde; e desafiam "o como conversar" sobre tantos aspectos graves, sinérgicos e multidimensionais.

Dialogar no Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos é um desafio

Em muitos momentos, as conversas supervalorizaram os "problemas de memória" e as "soluções práticas", como "lembrar-se do remédio" ao preparar mala para viajar (Ciro); "esquecer-se de comprar o estojinho" (Amaro).

Incentivos a estratégias para facilitar as tomadas não são recursos conversacionais problemáticos em si, entretanto, na medida em que se sobrepõem à decodificação pelo diálogo das "barreiras" simbólicas e psicossociais – que interatuam na produção das falhas (sentidos que adquirem em cada cena, os atos de tomar e de não tomar a dose) – tais incentivos podem ser inócuos. Isto porque a retórica do profissional não se conecta aos sentidos das ações que o paciente está narrando. Por exemplo, *Ciro* explicara que não

Quadro 9. Avaliação objetiva do desenvolvimento das dimensões e componentes

Escala de padrões de desenvolvimento: Suficientemente (S), Moderadamente (M), Insuficientemente (I), Não se aplica ao caso (NA), Sem informações (SI). Ciro (CI), Amaro (AM), Álvaro (AL) e Deise (DE). Uma a quatro cruzes (+, ++, +++, +++++): grau de predominância de cada enfoque. Dimensões/Componentes	Casos			
	CI	AM	AL	DE
Dimensão A: Princípios gerais (teóricos, metodológicos e éticos) - transversal aos 4 encontros Produção do Cuidado numa interação comunicacional dialógica Interação horizontalizada Valorização do saber prático do paciente Centramento nas experiências cotidianas do paciente/contextualização do tratamento Clima de solidariedade e apoio na busca de soluções/implicação do profissional com o paciente	M S S S S	M S S S S	M S S S S	S S S S S
Dimensão B: Enfoques transversais aos 4 encontros Educativo: instruções, esclarecimentos e informações técnicas; foco em dúvidas sobre remédios, efeitos em geral, horários de tomadas, aprender e memorizar nomenclaturas etc. Predomínio do profissional orientando, informando, esclarecendo, ensinando. Comportamental-cognitivo: sugestões e incentivos para a adoção de estratégias, como lembretes, alarmes, medicação assistida por terceiros etc.; abordagem mais prescritiva, com sugestões (de despertador, lembretes, alguém para ajudar, mudanças de horários das tomadas), conversas com conotação de "treinar" a memória (lembrar dos horários das tomadas). Predomínio do profissional "dando dicas", sugerindo, incentivando condutas e processos cognitivos. Psicossocial construcionista: 1) Acolhimento (escuta e responsividade às narrativas e emoções relacionadas ao viver com HIV e às questões mais amplas: socioeconômicas, família, relacionamento, trabalho); 2) Abordagem psicossocial construcionista (tomar emoções, ações e crenças (plano individual) como expressões construídas intersubjetivamente de acordo com interações contextualizadas e referenciadas sociocultural e historicamente (planos: social e programático). Predomínio de conversas dialógicas, abertas às muitas possibilidades compreensivas, problematizadoras e críticas; decodificações e cocompreensões na direção de extrapolar o nível cognitivo-comportamental.	+++ +++ +	++ +++++ ++	+++ ++ +++	++ +++ +++
Dimensão C: Desenvolvimento do Encontro 1 em relação ao roteiro Componentes analisados Sentidos produzidos sobre a participação na pesquisa e uso do MEMS Conversa sobre a carga viral detectável como justificativa ao convite para a intervenção Apresentação mútua Metodologia da Livre Conversação e Escuta das narrativas de apresentação e sobre as experiências com o tratamento Encerramento e Registro Compartilhado	M	M	M	M
Dimensão C: Desenvolvimento dos Encontros 2 e 3 em relação ao roteiro Dimensão analisada concomitantemente: Manejo da metodologia das cenas e implicações Desenvolvimento Encontro 2 Desenvolvimento Encontro 3	M M	M M	I M	M M

continua

Quadro 9. continuação

Escala de padrões de desenvolvimento: Suficientemente (S), Moderadamente (M), Insuficientemente (I), Não se aplica ao caso (NA), Sem informações (SI). Ciro (CI), Amaro (AM), Álvaro (AL) e Deise (DE). Uma a quatro cruces (+, ++, +++, +++++): grau de predominância de cada enfoque.	Casos **			
	CI	AM	AL	DE
Dimensões/Componentes				
Dimensão D: Manejo da metodologia das cenas e implicações Durante os encontros houve tentativas e esforço da profissional em utilizá-la? Nos momentos oportunos para utilizá-la, a utilização predominou? Ao utilizá-la, predominou adequação na maior parte das iniciativas em "mobilizar" cenas? Nos desfechos dos enredos de cada cena mobilizada, produziram-se sentidos sobre as dificuldades no uso das medicações? Além do reconhecimento das dificuldades, há narrativas do paciente sobre ações, ou intuítos de desenvolvê-las, na direção do autocuidado, da melhora da adesão?	M M I NA NA	S M M M S	I I NA M S	M M M M S
Dimensão C: Desenvolvimento Encontro 4 em relação ao roteiro Componente analisado: se ocorreu a conversa avaliativa dos encontros e sobre a sustentabilidade da adesão em longo prazo Dimensão analisada concomitantemente: Repercussões da intervenção para a pessoa	M	M	M	M
Dimensão E: Repercussões da intervenção para a pessoa Houve ampliação do reconhecimento e das compreensões do paciente sobre o próprio tratamento, condições, barreiras, falhas e oportunidades? Movimento de passividade ao engajamento, pró-atividade e autonomia. Movimento de insegurança à segurança. Movimento de restrição na sociabilidade à ampliação da sociabilidade (amigos, trabalho, serviço de saúde). Movimento de insatisfação para satisfação nas relações afetivas e sociais. Movimento de pior para uma melhor convivência com o tratamento. Movimento da desinformação/ignorância/equívocos sobre os remédios para um maior domínio dos assuntos. Movimento na direção de adotar novas estratégias/ "jeitos" para usar as medicações. Movimento de transformação de sentidos negativos atribuídos ao remédio e tratamento para sentidos mais favoráveis. Movimento de mudança em relação ao serviço. De pouco uso e desconhecimento do serviço para um interesse em usufruir mais dos recursos existentes no serviço.	M NA NA SI NA S S S S SI	M S M SI SI NA S S M I	M S S I SI M M NA I	S S S SI SI S SI M SI S

levar os medicamentos nas viagens era uma decisão relacionada a não ter de se explicar aos amigos, sobre o tipo de tratamento, e não ao esquecimento de levar os remédios. Com Amaro, foram incipientes os diálogos sobre os sentidos diversos entre tomar medicações em casa ou no trabalho; o coentendimento foi de que ele não usava o estojinho por se esquecer de comprá-lo. Por sua vez, sentidos pouco racionais – insegurança, medo de expor-se e sofrer discriminações – não foram explorados. Qual o sentido de evitar o uso do utensílio no trabalho? Ao ser reconhecido como pessoa que "toma remédio todos os dias", a identidade de trabalhador seria ameaçada? Do que "suspeitariam"?

Esses exemplos sugerem que, além de ainda pouco usuais no campo da saúde, e mais desafiantes, **as conversas dialógicas contaram com uma dificuldade adicional: desenvolvê-las segundo o Quadro da V&DH e a metodologia das cenas.**

Nas conversas com os pacientes, houve dificuldade **para abordar os aspectos individuais da vulnerabilidade ao adoecimento por problemas de adesão, enquanto experiências pessoais produzidas intersubjetivamente, em diferentes contextos.** Ou seja, as crenças, os comportamentos, o grau de motivação, autoeficácia e de informação foram pouco trabalhados, em

termos de seus sentidos situacionais. Componentes individuais da vulnerabilidade foram, assim, pouco abordados como, inextricavelmente, integrados aos programáticos e socioculturais (Paiva, 2012a). Isto confluiu para o predomínio de um enfoque mais próximo às vertentes cognitivas e comportamentais, do que psicossocial construcionista.

O recurso metodológico das cenas, mais inovador para auxiliar o diálogo embasado pelos referenciais adotados, se fez presente, mas não sem dificuldades consideráveis de manejo. O principal: sua incorporação foi, em parte, destoante destes referenciais, usada mais como recurso de “treinamento” para aprendizagens cognitivo-comportamentais, do que para ampliação do diálogo.

As conversas não ampliaram a decodificação das cenas de cada pessoa, até a compreensão dos cenários sociais e programáticos implicados; extrapolaram pouco, na maior parte das vezes, o nível cognitivo-comportamental – do que a “pessoa pensava e fazia em cada cena”, e do que poderia ser aprendido, memorizado ou lembrado. O manejo simplificado da exploração e decodificação dos sentidos nas cenas/cenários implicou prejuízo à abordagem psicossocial construcionista da intervenção. Um indicativo claro disto é que o estigma da aids não foi decodificado e problematizado em sua expressão no nível pessoal: “o medo do preconceito”, que reverberava em não tomar remédios em determinadas situações sociais – viagens com amigos (Ciro); no trabalho (Amaro); ou, mesmo, em casa (Deise, escondia os frascos quando o filho recebia amigos). Experiências psicossociais foram reduzidas, nos termos das conversas, a uma crença “já superada”, o que não correspondia aos sentidos da narrativa de Amaro; ou a uma “negação/resistência” – sentido sugerido quando Deise foi indagada: “**Você nunca aceita o diagnóstico, nunca aceita o fato de ser soropositiva?**” Não. Não. [...] “**Na verdade é o quanto que você tem de preconceito, né?** [...]”.

Como o enfoque psicossocial construcionista ancorava-se nas *conversas dialógicas* e no *Quadro da V&DH*, este ficou menos preponderante, sobretudo com *Ciro* e *Amaro*. Com *Deise* e *Álvaro* desenvolveu-se melhor o acolhimento, enquanto processo necessário à inflexão na direção deste enfoque, mas que, em si, não o configura. Com ela, a comunicação foi mais dialógica, pois se engajou nas conversações; *Vera*, também, foi-lhe responsiva sobre outras questões, como: a raiva e inconformidade com a soropositividade, seu “*cansaço com o trabalho*”, “*a depressão*”, seus planos após pedir demissão.

A metodologia das cenas também transcorreu melhor com *Deise*; com *Álvaro*, praticamente, não foi utilizada. Mesmo assim, a disposição para dialogar com ele pareceu maior se comparada a *Amaro* e *Ciro*; as colocações de *Vera* tendiam a extrapolar, um pouco mais, o nível cognitivo-comportamental, caracterizando um direcionamento ao enfoque psicossocial e uma implementação que se assemelhou ao aconselhamento. Os limites temáticos do diálogo se ampliaram e *Vera* se esforçou em ajudá-lo a “inserir” o tratamento em meio aos problemas vivenciados, embora ele parecesse pouco mobilizado, como se o tratamento fosse secundário às preocupações. Favoravelmente, ela utilizou recursos metafóricos: a vida dele como um “bolo”; os problemas/questões como “fatias do bolo”; propondo que refletissem sobre como repercutiam no tratamento. Indagado sobre o que poderia fazer, respondeu “*me cuidar*”. Foi incentivado à maior autonomia e iniciativa em suas decisões e posturas, nas situações que o afligiam e prejudicavam o autocuidado, por exemplo, estar triste, “apático” e “dependente” do namorado. Produziu-se, assim, um movimento. *Álvaro* pretendia ter “*uma conversa séria e definitiva*” com ele. Em seu projeto de felicidade, indissociável da busca por saúde, este relacionamento era muito importante.

Mesmo com as dificuldades, o esforço para utilizar a metodologia contribuiu para potencializar a conversa exploratória sobre as vivências, ao invés de checar práticas habituais ou, precipitadamente, fazer prescrições e orientações indiscriminadas. Acessou-se, na maior parte das conversações, o “como vivo com HIV” e “como sigo o tratamento”, e não “o que devo dizer” sobre. Com *Ciro*, a situação foi bastante ilustrativa: em vários momentos, produziu-se a dúvida de se “ele precisava da intervenção”, pois afirmava seguir “certinho” o tratamento, negando dificuldades. Inicialmente, pensou-se que a dinâmica de “dar uma entrevista” tivesse repercutido no agir como “bom paciente”. No entanto, seus dados clínicos acessados ao término das análises sugerem que tanto um ano antes, como depois do ensaio, a replicação viral manteve-se relativamente baixa, mas constante; e, contrariamente ao “esperado”, sua adesão foi acima de 95% antes, durante e depois da intervenção.

Clinicamente, o caso de Ciro parece compatível com seu longo tempo de doença, embora mereça avaliação médica da possibilidade de falência. Os exames de Álvaro e Deise – anteriores e posteriores à intervenção – mostram padrão típico de adesão insuficiente, que, evidentemente, exigiria investigação apurada da adesão e, se necessário, genotipagem. Nestes três casos, os possíveis benefícios individuais da intervenção não alcançaram êxito técnico na situação clínico-laboratorial. Não tivesse o protocolo da pesquisa exigido o isolamento da intervenção dentro do serviço, a situação seria provavelmente diferente. Vera conheceria os dados laboratoriais e, no mínimo, conversaria com os médicos responsáveis, provida de mais conhecimentos sobre a situação de adesão de cada um. No caso de Amaro, a intervenção, do ponto de vista clínico-laboratorial pode apenas tê-lo auxiliado ou incentivado a manter seu processo de adaptação de início de tratamento, que, embora mais fácil do ponto de vista clínico, é um período classicamente considerado difícil e crucial para a adesão.

Conclusões

Este trabalho ilustrou como modalidades de intervenções individuais de cuidado em adesão podem ser estruturadas e protocoladas, para facilitar sua disseminação e incorporação no SUS. Para tanto, as modalidades de cuidado devem ser implementadas com fidelidade aos referenciais teórico-metodológicos planejados, o que, neste estudo, não ocorreu plenamente; isto foi dificultado, em parte, pelas características gerais de um ensaio clínico e pelo contexto de pesquisa.

As capacitações, supervisões e o roteiro da intervenção não foram suficientes para garantir a fidelidade, tampouco para promoverem plenamente as inflexões pretendidas: na direção de um processo comunicacional dialógico, menos “cognitivista”, sustentado pelos referenciais da V&DH e da dimensão psicossocial do Cuidado. Permanece, como desafio, desenvolver recursos pedagógicos e conversacionais capazes de auxiliar o “entrelaçamento” do nível psíquico com o interpessoal, e o sociocultural, na inteligibilidade dos problemas de adesão.

Os roteiros, especificamente, têm tal finalidade, mas não sem riscos de “efeitos adversos” – homogeneizar ou mecanizar as conversas, perdendo em dialogia. Afinal, são conciliáveis intervenções estruturadas com propostas construcionistas sociais? Como a de “desenvolver um espaço conversacional livre” (Anderson, Goolishian, 1998, p.37).

O protocolo/roteiro desta pesquisa é aberto e pouco diretivo; não preconiza modelos de perguntas ou sequência de assuntos. Mostraram-se bastante satisfatórios, confirmando os achados de Santos (2010), exceto no que se refere ao quarto encontro. Os objetivos deste eram pertinentes, entretanto, foram convertidos em perguntas genéricas, abstratas ou fechadas, que quase não incorporavam especificidades conversadas nos encontros anteriores, prejudicando a continuidade dos diálogos.

Os resultados, mesmo que parciais, sugerem que sim, são conciliáveis – perspectivas construcionistas sociais e intervenções estruturadas – desde que a implementação seja flexibilizada, possibilitando inovações no processo que retroalimentem o protocolo/roteiro. Inclusive, em versões diferenciadas, sensíveis à diversidade de perfis de usuários, profissionais e locais de implementação. Sua utilização não deve restringir os diálogos, ao contrário, devem ampliá-los, inclusive, para além do atendimento individual – na interlocução entre o profissional que está conduzindo-o e a equipe multiprofissional. Para o *Cuidado* integral, é imprescindível que profissionais não-médicos, conduzindo intervenções comunicacionais em adesão, atuem em equipe e, sobretudo, coordenadamente com os médicos, incorporando, aos diálogos com o paciente, seus dados clínico-laboratoriais monitorados regularmente.

Segundo avaliação das três profissionais, para futuras implementações desta intervenção no SUS: o número de encontros e sua duração devem ser flexíveis; e as capacitações devem aprofundar a “*questão da comunicação*”, e o desafio de transitar entre “uma discussão mais focada no tema da adesão e a abordagem mais ampla de questões trazidas pelos pacientes sobre sua vivência cotidiana”, que não se relacionam, diretamente, ao tratamento (Santos, 2010, p.53). A depender, no entanto, das concepções sobre adesão e dos referenciais das intervenções, os critérios definidores “do que foge” ao roteiro podem variar muito. A análise do que seja “diretamente relacionado” à adesão não deve se

basear, somente, nos fatores de risco “clássicos”, senão muitos assuntos ficarão sem escuta e responsividade.

Assim, os profissionais terão de lidar, continuamente, com a tensão: “sair do roteiro, ficando no roteiro”. “Sair” significa aceitar o convite do usuário para dialogar sobre determinada questão, “voltando ao roteiro” com novos elementos que ampliem o entendimento mútuo das dificuldades cotidianas em seguir o tratamento; e indiquem mudanças possíveis e convenientes. O potencial da comunicação dialógica para elucidar as conexões (sempre singulares) entre as “questões da vida” e a (não) adesão – associado ao valor terapêutico de ser escutado e acolhido – contribuirá na mitigação da vulnerabilidade ao adoecimento, além dos sofrimentos e violações de direitos.

Colaboradores

Renata Bellenzani realizou as análises e a escrita da primeira versão do manuscrito; Maria Ines Baptistella Nemes e Vera Paiva contribuíram fortemente na versão final, além da coordenação da pesquisa original, formulação e capacitação na *metodologia das cenas*, respectivamente.

Referências

ÁLVARO, J.L.; GARRIDO, A. **Psicologia social**: perspectivas psicológicas e sociológicas. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

AMICO, K.R.; HARMAN, J.J.; JOHNSON, B.T. Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v.41, n.3, p.285-97, 2006.

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. (Orgs.). **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.34-50.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: _____. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ/IMS; Abrasco, 2009a. p.41-73. (Clássicos para integralidade em saúde).

_____. Para compreender o sentido prático das ações de saúde: contribuições da hermenêutica filosófica. In: _____. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ/IMS; Abrasco, 2009b. p.129-55. (Clássicos para integralidade em saúde).

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ/IMS; Abrasco, 2009c. p.17-39. (Clássicos para integralidade em saúde).

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: _____. (Org.). **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ/IMS; Abrasco, 2009d. p.75-105. (Clássicos para integralidade em saúde).

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. Direitos Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.9-22.

BASSO, C.R. et al. Exploring ART intake scenes in a human rights-based intervention to improve adherence: a randomized controlled trial. **AIDS Behav.**, v.17, n.1, p.181-92, 2012.

BELLEZZANI, R.; NEMES, M.I.B. Avaliação de uma intervenção psicossocial no cuidado em adesão ao tratamento por HIV/Aids: um estudo de caso. **Temas Psicol.**, v.21, n.3, 2013. (no prelo).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. 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**. Brasília: MS, 2008. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). (Série Manuais, n.84).

CARACIOLO, J.M.M. et al. Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. **Saude Soc.**, v.18, supl.2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2013.

CORRÊA, G.T.; RIBEIRO, V.M.B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.41, p.331-42, 2012.

GRIFFIN, S.J. et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. **Ann. Fam. Med.**, v.2, n.6, p.595-608, 2004.

GUANAES, C. **A construção da mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social**. São Paulo: Vetor, 2006.

ÍÑIGUEZ, L. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J.B.; EL HAMMOUTI, N.D.; ÍÑIGUEZ, L. (Orgs.). **Temas em análise institucional e em construcionismo social**. São Carlos: RiMa, 2002. p.127-56.

LEVENTHAL, H.; CAMERON, L. Behavioral theories and the problem of compliance. **Patient Educ. Couns.**, v.10, p.117-38, 1987.

LEWIN, S.A. et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.4, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687181>>. Acesso em: 17 set. 2013.

LIAU, A. et al. Interventions to promote linkage to and utilization of HIV medical care among HIV-diagnosed persons: a qualitative systematic review, 1996-2011. **AIDS Behav.**, v.17, n.6, p.1941-62, 2013.

MUNRO, S. et al. A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? **BMC Public Health**, v.7, p.104, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/104>>. Acesso em: 17 set. 2013.

NEMES, M.I.B. **Desenvolvimento da Linha de pesquisa Qualiaids**. 2009. Tese (Livro Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

NEMES, M.I.B. et al. Intervenção para melhoria da adesão ao tratamento da aids com base na perspectiva construcionista e na noção de cuidado: lições aprendidas com a experiência das profissionais. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da Saúde**. Livro II. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.275-308.

_____. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. **Cad. Saude Publica**, v.25, supl.3, p.S392-S400, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Ginebra: OMS, 2004.

PAIVA, V. Dimensão psicossocial do cuidado. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: prevenção e promoção da Saúde. Livro II. Curitiba: Juruá Editora, 2012a. p.41-72.

_____. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.C.M.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: prevenção e promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juruá Editora, 2012b. p.165-208.

PAIVA, V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: CÁCERES, C.F. et al. (Orgs.). **Sexualidad, estigma y derechos humanos**: desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Lima: FASPA/UPCH, 2006. p.23-51.

PEARCE, W.B. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria às práticas, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade. In: SCHNITMAN, D.F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.191-203.

RASU, R.S. et al. Cost of behavioral interventions utilizing electronic drug monitoring for antiretroviral therapy adherence. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v.63, n.1, p.e1-8, 2013.

ROBERTS, K.J.; VOLBERDING, P. Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. **AIDS**, v.13, n.13, p.1771-8, 1999.

SANTOS, M.A. **Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com AIDS à terapia antirretroviral**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

SCHWANDT, T. Três posturas epistemológicas: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. (Orgs.). **Planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.193-217.

SIMONI, J.M. et al. Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. **Curr. HIV/AIDS Rep.**, v.7, n.1, p.44-51, 2010.

VERVOORT, S.C. et al. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. **AIDS**, v.21, n.3, p.271-81, 2007.

BELLENZANI, R.; NEMES, M.I.B.; PAIVA, V. Comunicação profissional-paciente y cuidado: evaluación de una intervención para la adhesión al tratamiento de VIH/Sida. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.803-34, out./dez. 2013.

Los abordajes cognitivistas de la comunicación profesional-paciente y de los comportamientos en la salud, predominan en las intervenciones para dar apoyo al tratamiento de VIH/Sida. Mediante una perspectiva construccionista social de la comunicación profesional-paciente y de sus experiencias con el tratamiento, se evaluó la implementación de una intervención psicosocial individual, compuesta de cuatro encuentros e informada por el referencial de la Vulnerabilidad y de los Derechos Humanos en la dimensión psicosocial del Cuidado. En el conjunto de los 16 encuentros, (cuatro con cada voluntario), se evaluó que el proceso de implementación había sido "moderadamente desarrollado". Hubo dificultades para desarrollar conversaciones dialógicas y decodificar sentidos de las fallas de adhesión en situación sociales, articuladamente con los escenarios inter-personales y socio-culturales. Incluso predominando orientaciones e incentivos para los pacientes, también hubo momento dialógicos de co-comprensión de las dificultades de adhesión, en sus diferentes sentidos en las escenas de tomas. Esta modalidad de cuidado se revela productiva en el campo de las prácticas en adhesión.

Palabras-clave: Cumplimiento de la medicación. Asistencia al paciente. HIV. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Comunicación. Evaluación.

Recebido em 13/03/13. Aprovado em 05/10/13.

Anexo 1. Objetivos e estrutura do protocolo da intervenção psicossocial para o cuidado em adesão

	Sessão 1	Sessões 2 e 3	Sessão 4
Objetivos	Contrato;	Aumentar o conhecimento sobre o tratamento;	Aprofundar a compreensão de mudanças possíveis e desejadas no contexto e na própria conduta visando o autocuidado e a melhoria da qualidade do cuidado e da comunicação paciente-profissional;
	Identificar situações e contextos da vida cotidiana que constituem obstáculos para o tratamento;	Compreender e decodificar cenas da vida real;	Identificar recursos para busca e sustentação dos caminhos escolhidos para o enfrentamento das dificuldades com o tratamento antirretroviral;
	Definir temas e questões prioritárias a serem trabalhadas nos encontros seguintes;	Ampliar as cenas para um contexto social e programático maior;	Finalizar o processo.
	Resolver dúvidas técnicas sobre o tratamento.	Estimular a imaginação ativa e criativa sobre a vida cotidiana; Estimular novos repertórios para o enfrentamento dos obstáculos identificados para o tratamento.	
Temas	Reconhecimento mútuo do paciente como <i>expert</i> da vida cotidiana e do profissional/pesquisador como <i>expert</i> técnico;	Questões sobre o tratamento;	Questões sobre o tratamento;
	Revisão do contexto social e intersubjetivo do paciente;	Episódios reais em que o tratamento não é seguido;	Revisão de caminhos, soluções e repertórios;
	Questões sobre o tratamento.	Caminhos para o enfrentamento de obstáculos e soluções "em cena".	Conversa sobre como enfrentar futuros obstáculos e dificuldades e manter as mudanças;
			Esclarecimentos e orientações finais da pesquisa.

continua

Anexo 1. continuação

	Sessão 1	Sessões 2 e 3	Sessão 4
Metodologia	Discussão dos procedimentos, objetivos e contrato;	Revisão do contrato e das questões levantadas;	Revisão do contrato e das questões levantadas;
	Livre conversação e escuta atenta sobre a vida da pessoa;	Identificação de episódios típicos de não-adesão;	Identificação e exploração de cenas de episódios reais;
	Foco em questões do tratamento e em situações e episódios em que há dificuldade para seguir o tratamento;	O participante escolhe suas prioridades de uma lista de problemas;	Decodificação e reinvenção de cenas por meio da imaginação ativa e de <i>role-playing</i> ;
	Uso de recursos informativos (<i>folders</i> , guias, kits de adesão);	Identificação e exploração de cenas de episódios reais;	Informação sobre recursos sociais e programáticos, bem como sobre direitos constitucionais;
	Registro das situações e episódios que parecem importantes para o enfrentamento em folhas de registro.	Decodificação e reinvenção de cenas por meio da imaginação ativa e de <i>role-playing</i> ;	Registro de decisões e planos para o futuro em folhas de registro.
		Conversa sobre obstáculos que estão além da ação individual e são compartilhados por outras pessoas vivendo com HIV;	
		Discussão de recursos individuais e programáticos;	
		Profissional e paciente registram e organizam hierarquicamente cenas e situações em folhas de registro.	

Quadro extraído e traduzido de Basso et al. (2012)

Errata

Na página 812, onde se lia Dirce
o correto é: Deise

Na página 818, onde se lia Cesar,
o correto é: Ciro