

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: ASSISTÊNCIA INTEGRAL BASEADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions

Adherencia al tratamiento antirretroviral: atención integral basada en el modelo de atención a las condiciones crónicas

Maria Luciana Teles Fiuza¹, Emeline Moura Lopes², Herta de Oliveira Alexandre³, Patrícia Bernardo Dantas⁴, Marli Teresinha Gimenez Galvão⁵ e Ana Karina Bezerra Pinheiro⁶

Recebido em 13/04/2013, rerepresentado em 28/06/2013 e aprovado em 12/07/2013

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão à terapia antirretroviral (TARV), identificando possibilidades de intervenções embasadas no modelo de atenção às condições crônicas. Métodos: Estudo observacional, quantitativo, transversal, desenvolvido com 215 pessoas com HIV/AIDS em uso de antirretrovirais, entre março e junho de 2012, em Fortaleza, Ceará. De um questionário específico para avaliar a adesão utilizaram-se nove quesitos para discussão à luz do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Resultados: 35,4% das pessoas estudadas deixaram de aderir ao tratamento pelo menos alguma vez, por se sentirem melhor/pior, ou tristes/deprimidas. Sob a luz do MACC, foram identificadas lacunas, como necessidade de mais intervenção profissional, evidenciando possibilidades de aplicar novas estratégias, como ações para o autocuidado, entrevista motivacional, grupo operativo, e outras. Conclusão: Constatou-se que há um percentual significativo de não adesão à TARV, cujas intervenções ainda são incipientes, e que ações baseadas no MACC podem favorecer uma assistência totalitária aos pacientes com HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV. Adesão à medicação. Assistência Integral à Saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the adherence to antiretroviral therapy (ART), identifying possible interventions based on the Care Model for Chronic Conditions. Methods: Observational, quantitative, cross-sectional study, involving 215 people with HIV/aids using antiretroviral drugs, between March and June 2012, in Fortaleza, Ceará. From the specific adherence questionnaire, we used nine questions for discussion in the light of the Care Model for Chronic Conditions (MACC). Results: 35.4% failed to adhere to medication at least once. In view of the MACC, gaps were identified, such as the need for more professional intervention, showing possibilities to apply new strategies, such as self-care actions, motivational interviews, operative group and others. Conclusion: A significant percentage of non-adherence to ART was found, whose interventions are still incipient. Actions based on the MACC can favor comprehensive care for patients with HIV/aids.

Keywords: HIV. Medication Adherence. Comprehensive Health Care

Resumen

Objetivo: Evaluar la adherencia a la terapia antirretroviral (TARV), identificando las posibles intervenciones basadas en el modelo de atención de las condiciones crónicas. Métodos: Estudio observacional, cuantitativo, transversal, desarrollado con 215 personas con VIH/SIDA con medicamentos antirretrovirales, entre marzo y junio de 2012, en Fortaleza, Ceará. De un cuestionario específico para valorar la adherencia, se utilizaron nueve preguntas para su discusión a la luz del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas (MACC). Resultados: Se observó que 35,4% de los pacientes dejaron de adherir a la medicación por lo menos una vez. A la luz del MACC, fueron identificadas deficiencias, como la necesidad de más intervención profesional, mostrando las posibilidades de implementar nuevas estrategias, como las acciones de autocuidado, entrevista motivacional, grupo operativo y otros. Conclusión: Se encontró un porcentaje significativo de no adherencia al tratamiento antirretroviral, cuyas intervenciones son aún incipientes y las acciones basadas en el MACC pueden

Palabras clave: VIH. Cumplimiento de la Medicación. Atención Integral de Salud

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasi.

³Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasi.

⁴Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasi.

⁵Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasi.

⁶Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, Brasi.

autor correspondente: Emeline Moura Lopes E-mail: emelinepet@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os casos de AIDS no Brasil vem mostrando uma distribuição dinâmica em relação aos grupos populacionais em que as infecções pelo HIV são notificadas. Pela sua característica e em virtude dos danos causados, é considerada uma epidemia mundial que atingiu grande magnitude, tornando-se um problema de saúde pública internacional¹.

Com o advento da terapia antirretroviral (TARV), houve aumento significativo do tempo de vida e, conseqüentemente, da expectativa de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde¹. A adesão à TARV conduz a um progresso na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, como a melhora do estado imunológico, diminuição da carga viral e a conseqüente redução da taxa de mortalidade por AIDS. Sabe-se que o sucesso do tratamento tem relação direta com a extensão da adesão, além da eficácia do medicamento e das características do doente e da doença².

Porém, a adesão adequada ao tratamento aos antirretrovirais consiste em um dos desafios no controle da doença, tanto para o doente quanto para a equipe de saúde. A presença dos efeitos colaterais ao tratamento contrapõe-se aos benefícios.

Sob essa óptica, novas modalidades de atendimento em saúde vêm sendo desenvolvidas como proposta a um sistema curativo, o qual demonstrou insucesso. Nesta perspectiva, o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (MACC) surge com uma nova possibilidade de intervenções e visa cuidar do paciente de modo integral.

O MACC gradua-se em cinco níveis. No nível 1 consideram-se as condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura e serviços sociais. Nesse nível, as intervenções partem das políticas públicas. No nível 2, são avaliados os aspectos individuais, como o comportamento. Até o segundo nível ainda não se evidenciam as doenças; as ações são preventivas às alterações das condições de saúde, com foco no estilo de vida, para que as pessoas adotem hábitos saudáveis de vida³. É a partir do terceiro nível que são identificadas as alterações da saúde. Nos níveis 3 e 4, foco deste estudo, as intervenções passam a ser clínicas e é onde podem ser vistas as possibilidades de um novo modo de intervir, em que os profissionais de saúde têm a oportunidade de agir sob uma perspectiva diferenciada e integral, e o paciente assume-se como sujeito ativo do seu processo de cuidar. O nível 5 trata do cuidado individualizado de pacientes em condições críticas³.

Destarte, os profissionais envolvidos no tratamento de paciente com HIV devem compreender que as intervenções precisam ser complexas no sentido de favorecer ao paciente o controle sob sua saúde e o quanto este é responsável pelo êxito do tratamento. É importante que o profissional perceba

se o cliente entendeu a informação e o quanto a leva em consideração, além de provocar a reflexão das conseqüências positivas do tratamento e das negativas, se não a adesão a ele.

Sabendo que inúmeros fatores estão diretamente relacionados à efetividade da TARV, a interação entre paciente, profissional, sistema de saúde e sociedade é fundamental.

Posto isso, esse estudo objetiva avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral, identificando as possibilidades para uma assistência integral embasada no MACC.

METODOLOGIA

Estudo do tipo observacional, quantitativo, de caráter transversal, desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, o qual atende pacientes adultos que vivem com HIV/AIDS. O ambulatório de infectologia compreende uma série de projetos, por se tratar de uma instituição de ensino e pesquisa. Este estudo compreende um recorte do projeto intitulado "Avaliação de parâmetros de saúde e sociais de portadores do HIV em seguimento ambulatorial", protocolo delineado desenvolvido nesta mesma instituição.

A população foi definida com base no número total de pacientes atendidos no ambulatório em dezembro de 2011, 478. Calculou-se uma amostra pela técnica de amostragem aleatória simples sem reposição. Foram incluídas pessoas com HIV/AIDS em uso de antirretrovirais e em acompanhamento no serviço, maiores de 18 anos e de ambos os sexos. Excluíram-se as pessoas em uso de TARV sob acompanhamento em serviço privado, as que utilizam o serviço apenas para o recebimento dos medicamentos que compõe a TARV, pois tais clientes não recebem atendimento sistemático ou não têm registros no prontuário do serviço. Também foram excluídas as pessoas que recusaram a participar do estudo, totalizando 215 participantes. A coleta foi realizada de março a junho de 2012.

As variáveis de interesse obtidas foram categorizadas em sociodemográficas e clínicas relacionadas ao HIV/AIDS, além da avaliação da adesão à TARV de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Para a caracterização sociodemográfica foram utilizadas as seguintes características:

- **Sexo:** foi utilizado tanto o gênero masculino como o feminino;
- **Grupo etário:** esse item foi apresentado em intervalos de 10 em 10 anos variando entre ≤ 29 e ≥ 60 ;
- **Orientação Sexual:** nesta variável foram utilizadas as orientações: heterossexual, homossexual e bissexual.
- **Anos de estudo:** neste item, foram codificados os anos de estudo em intervalos: 0 a 5, 6 a 10, 11 a 15 e 16 a 20;
- **Situação conjugal:** foram avaliadas as opções: solteiro, casado/unido, outro;
- **Situação ocupacional:** nesse quesito do questionário, levaram-se em conta as opções: empregado, desempregado, outro;

· **Renda familiar/per capita:** foi considerada a renda familiar dividida pelo número de moradores do domicílio, categorizada em Salários Mínimos (SM), cujo valor na época era de R\$ 545,00. Então foram divididos em intervalos: Sem renda/ < 1 SM, 1 a 2 SM, 2 SM.

As variáveis relacionadas aos aspectos clínicos empregados no estudo foram assim organizadas:

· **Categoria de exposição:** considerou-se como categoria de exposição: sexual, sanguínea/transusão, acidente perfurocortante.

· **Tempo de diagnóstico de HIV:** esta variável foi categorizada em anos e dividida nos seguintes intervalos: < 1 ano, 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15, 16 a 20, > 20 anos;

· **Tempo de uso de TARV:** foi computado em anos, dispostos nos seguintes intervalos: < 1 ano, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 12, 12 a 16 anos;

· **Número de comprimidos tomados por dia:** neste item do questionário foram categorizados os seguintes grupos: 1 a 4 comprimidos; 5 a 8 comprimidos; 9 a 12 comprimidos;

· **Posologia:** considerou-se o número de dose diária ingerida da medicação combinada, distribuído nos seguintes grupos: 1 vez, 2 vezes e 3 vezes

· **Número de internações por complicações do HIV:** foram consideradas internações durante o tempo do diagnóstico, dividido nas seguintes categorias: 0 a 6 vezes, 7 a 12 vezes.

Para a identificação do grau de adesão à TARV dos pacientes com infecção pelo HIV, foi utilizada a versão brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-HIV)⁴⁻⁵. Trata-se de um instrumento específico para população com HIV/AIDS validado para nosso meio que possui 20 itens com função de identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. A versão brasileira foi obtida pelo autor e demais pesquisadores em 2006, e mostrou-se confiável para aplicação na língua portuguesa no que concerne aos indicadores de consistência interna, validade relacionada a critério externo, sensibilidade e especificidade, mostrando adequadas confiabilidade, sensibilidade e especificidade⁵. Para responder aos objetivos deste estudo, foram utilizados nove itens do questionário, os quais permitem avaliar fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento de acordo com a perspectiva do MACC.

Utilizaram-se os seguintes itens do questionário CEAT-HIV:

· Deixou de tomar sua medicação alguma vez?

· Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?

· Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?

· Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Os participantes responderam cada um dos itens acima em uma escala tipo Likert de cinco pontos, assinalando a frequência com os seguintes descritores: sempre; mais da metade das vezes; alguma vez; nenhuma vez.

· Como é a relação que mantém com seu médico?

· Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?

· Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?

Nestes itens, os indivíduos assinalaram um entre os seguintes descritores: ruim, um pouco ruim, regular, pode melhorar, boa.

· Quando os resultados dos exames estão bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Para este item utilizaram os descritores: nunca, algumas vezes, aproximadamente metade das vezes, muitas vezes, sempre.

· Que avaliação tem de si mesmo com relação à toma dos remédios para o HIV?

Este item do questionário foi respondido na escala contendo os descritores: nada cumpridor, pouco cumpridor, regular, bastante, muito cumpridor.

Para analisar dos dados obtidos pelo CEAT-HIV, foi verificada a distribuição percentual das respostas dadas a cada item, ou seja, o quanto foram marcadas as opções que representam a não adesão. A partir dessa verificação, cada item foi analisado, individualmente, sendo possível verificar as lacunas no acompanhamento dos clientes, as quais interferem na adesão ao tratamento, e identificar as possibilidades de intervenção segundo o MACC.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo nº 040.06.12. Todos os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, e aceitaram e registraram a anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo os resultados estão apresentados em uma sequência para facilitar o entendimento dos dados e de modo a esclarecer os objetivos propostos.

Inicialmente, foi analisado o perfil sociodemográfico, em que se observa a maioria de indivíduos do sexo masculino, 144 (67%) pessoas. Embora se saiba do fenômeno da feminização do HIV, os dados corroboram estudos realizados em outras regiões brasileiras, em que predominam pacientes do sexo masculino⁶⁻⁷.

A idade dos pacientes variou entre 15 e 79 anos, e a faixa etária mais prevalente foi entre 30 e 39 anos, com 74 (34,4%) pessoas, seguida da faixa entre 40 e 49 anos, com 69 (32,1%) pessoas. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, evidenciando que há mais pessoas infectadas pelo HIV em adultos jovens, na idade reprodutiva, dos 15 a 49 anos⁶⁻⁷.

Quanto à orientação sexual, a maioria dos participantes, 139 (64,7%), caracterizou-se como heterossexual. Esse dado reporta ao fato de que atualmente há um crescimento significativo da heterossexualização da epidemia, evidenciado na literatura⁶⁻⁷.

Em relação aos anos de estudo, 86 (40%) clientes têm entre 11 e 15 anos de estudo, seguidos daqueles que têm entre 6

e 10 anos de estudo, 67 (31,2%). Este fato também é evidenciado no país, com o crescimento proporcional dos casos de AIDS na população que têm de 8 a 11 anos de estudo, que foi de 16% em 1999 para 29% em 2007⁸. Autores afirmam que a escolaridade é um fator de risco relacionado ao tratamento das pessoas que vivem com HIV. Isso foi observado em um estudo cujos indivíduos com menos anos de estudo apresentaram adesão inadequada⁹.

Acerca da situação conjugal, observa-se que a maioria dos entrevistados, 119 (55,4%), são solteiros. No entanto, evidenciaram-se pessoas casadas/em união estável, representadas por 78 (36,3%) pacientes. Foi evidenciado em outros estudos que a presença de parceiro no processo do adoecimento repercute de forma positiva no tratamento, melhorando a adesão à TARV⁹⁻¹⁰.

Sobre a situação ocupacional, 132 (61,4%) pessoas são economicamente ativas e 58 (27%) estão desempregadas. Na avaliação da situação socioeconômica, mais da metade dos pesquisados (57%) vive com rendimentos inferiores a um salário mínimo. Com relação à AIDS e pobreza, indivíduos pobres têm maior prevalência da doença, porém em alguns contextos essa prevalência aparece em populações de nível econômico maior¹¹.

Embora os níveis 1 e 2 do MACC sejam relativos a condições em que as doenças ainda não visualizadas, ressalta-se, a partir desses resultados, que o primeiro nível tem como leque de suas intervenções a articulação entre setores políticos com foco em ações de serviços de saúde, geração de emprego e renda, melhoria educacional, entre outros, contribuindo para que a intervenção sobre os fatores que vão além da doença faça parte do cuidar de pacientes com HIV.

O setor saúde, abrangendo o contexto social e o modo de vida, podem fazer parte do tratamento de pacientes infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral, precisa articular-se com outros segmentos sociais e políticos, visando maior efetividade da terapêutica. Inclui-se ainda a articulação com a própria comunidade, visto que inúmeras melhorias são resultados da ativação de recursos internos ao contexto³.

As características clínicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS estudadas foram verificadas e descritas a seguir.

Em relação à categoria de exposição, o maior meio de transmissão do vírus foi o sexual, citado por 176 (81,9%). O tempo de diagnóstico variou entre um mês e 21 anos, e a maioria dos pacientes (57,6%) receberam diagnóstico entre um e cinco anos atrás. Quanto ao tempo da TARV, a maior parte (53,5%) está em tratamento entre um e quatro anos, e esse tempo variou de um mês a 16 anos.

Sobre o tempo de diagnóstico, não foram observadas diferenças significativas no estudo, com intervalo

predominante entre 1 e 5 anos 124 (57,6%), porém, quando observada a literatura, evidencia-se que os grupos com menos tempo de diagnóstico apresentam melhor adesão à TARV. Quanto ao tempo do uso de TARV, essa variável representa importante determinante na adesão à TARV e apoio a continuidade ao tratamento. Pessoas que iniciam tratamento da infecção pelo HIV tendem a alterar sua rotina diária, visto que são associadas visitas de acompanhamento médico, coletas de materiais para exames e, principalmente, a utilização dos medicamentos¹⁰.

Acerca do número de comprimidos diários, 187 (87%) pacientes tomam de um a quatro; o maior número de comprimidos tomados ao dia foi 12. O número total de comprimidos ingeridos pode aumentar a taxa de adesão inadequada em 12% a cada 10 comprimidos¹². Sobre a posologia, esta variou de uma a três vezes ao dia, prevalecendo pacientes que precisam tomar as medicações duas vezes ao dia, 163 (75,8%). Na associação da adesão com o número de comprimidos tomados ao dia, a utilização de esquemas terapêuticos simples e adequados, levando em conta o perfil biopsicossocial do indivíduo, assim como as suas rotinas, tem grande significância para minimizar a adesão inadequada. Outro aspecto importante que tende a favorecer a adesão adequada é a simplificação e adequação do esquema escolhido, a rotina de cada um, sempre que possível¹³.

Quanto às internações em decorrência do HIV, o número variou de zero a 12 internações, principalmente aqueles que tiveram até seis internações, 210 (97,7%). Ressalta-se que nenhum paciente citou ter se internado quatro, cinco, nove, 10 e 11 vezes.

A adesão à TARV perpassa não apenas pela tomada de medicações, mas, muito além, envolve o suporte social, fatores psicológicos, como depressão, motivação e ansiedade e outras influências. A identificação das dificuldades enfrentadas relativas ao tratamento, como o tempo de tratamento e o número de comprimidos diários, facilita a reflexão sobre o modo de intervenção.

Quando os profissionais se deparam com situações que envolvem valores e normas sociais conflitantes, é difícil produzir respostas apoiadas apenas em protocolos ou utilizar outro recurso inicial que oriente a ação. Por isso, exige-se dos profissionais mais do que competências técnicas; este frequentemente deve lançar mão de uma sabedoria prática, orientando as ações de modo prudente, aliando correção ética à excelência técnica¹⁴.

De modo a contemplar não apenas os aspectos físicos e biológicos, entre as intervenções sugeridas no MACC, a entrevista motivacional é vista como uma importante ferramenta no processo de adesão ao tratamento, pois tem foco na mudança de comportamento e contempla situações em que se configura a ambivalência entre mudar ou não mudar. Com essa técnica é possível estabelecer, entre profissional e

cliente, uma relação de colaboração, além de aumentar a motivação e autonomia do paciente³.

Ressalta-se que a assistência visando a adesão à TARV fora identificada como uma das principais situações em que foi demonstrada eficácia da aplicação da entrevista motivacional¹⁵.

Foi avaliada a adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral, utilizando nove itens do questionário, o que será discutido identificando-se as possibilidades de intervenção fundamentadas no MACC (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação da adesão à TARV de pessoas vivendo com HIV/AIDS (n=215). Fortaleza - CE, 2012.]

Itens da CEAT-VIH	Descritores (%)				
	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	1,9	1,9	2,3	29,3	64,7
Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	0,9	1,9	2,3	8,4	86,5
Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	1,4	0,5	1,9	14,9	81,4
Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	0,9	1,9	2,3	8,4	86,5
Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	1,4	0,5	1,9	14,9	81,4
Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?	2,3	1,4	1,4	13	81,9
	Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
Como é a relação que mantém com seu médico?	0,5	-	1,9	16,3	81,3
Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?	8,8	11,2	15,3	23,3	41,4
Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	9,8	14,9	22,3	28	24,2
	Nunca	Algumas vezes	Aproximadamente metade das vezes	Muitas vezes	Sempre
Quando os resultados dos exames estão bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?	0,9	3,7	4,2	31,2	60
	Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
Que avaliação tem de si mesmo com relação à toma dos remédios para o HIV?	0,9	3,7	12,1	31,2	52,1

Verificou-se que 35,4% dos pacientes estudados deixaram de tomar a medicação da TARV pelo menos alguma vez, visto que responderam entre os itens sempre, mais da metade das vezes, aproximadamente metade das vezes e algumas vezes. Assim como, pelo menos alguma vez, 13,5% deixaram de tomar a medicação por terem se sentido melhor, 18,7%, devido à sensação de piora após a tomada da medicação e 18,1% justificaram a fatores psicológicos como tristeza ou sentir-se deprimido.

Desde a implementação da TARV, melhorias tem sido buscadas no intuito de favorecer a adesão ao tratamento do HIV, tendo em vista a importância de manter a eficácia do estado imunológico do paciente e prevenir complicações associadas.

Portanto, a correta utilização da TARV é o principal foco no que se refere ao tratamento dos infectados pelo HIV, para que possam usufruir dos benefícios que a utilização sistemática do tratamento pode trazer¹⁶.

A TARV trouxe a possibilidade de indivíduos com HIV viverem com a doença e não para a doença, assim como ocorria no período inicial da epidemia. Contudo, sabe-se que a adesão ao tratamento consiste em um possível obstáculo, pois envolve um contexto de exigências e de reconstrução constante no cotidiano dada a cronicidade da doença¹⁷.

Diante deste fato, ressalta-se a importância do paciente em aderir e manter a prescrição da TARV, bem como a relevância dos profissionais envolvidos, no que se refere a

despertar no cliente a própria responsabilidade sobre a saúde, pois a não adesão à TARV implica na possibilidade de ocorrência de complicações, cabendo aos profissionais a orientação eficaz ao paciente.

Existem vários fatores que podem interferir negativamente na adesão, como aspectos relativos à alteração da rotina, às crenças e às medicações¹⁵. Precisamente no caso de pacientes positivos para o HIV, vários fatores, como motivação, depressão, maternidade, religiosidade, estilo de vida, entre outros, são determinantes no modo de enfrentamento à situação de saúde. E, como se preconiza entre as propostas do MACC, deve fazer parte da rotina profissional identificar todas as barreiras que influenciam a adesão à TARV.

É salutar que os profissionais de saúde conheçam peculiaridades da rotina dos pacientes, a fim de que identifiquem lacunas que possam interferir na adesão ao tratamento e, juntamente com o paciente e demais membros da equipe de saúde, desenvolvam soluções que contemplem as dificuldades identificadas, ou seja, proponham intervenções eficazes.

O MACC, considerado não como uma intervenção específica, mas como um modo de agir, dirige a atenção para a pessoa, em vez da doença. Desse modo, espera-se a construção de elo de confiança, respeito e empatia entre equipe e cliente, em que existe um propósito em comum, há troca de informações e decisões de saúde. É verificado que quando isso ocorre, há uma maior adesão aos tratamentos.

No contexto da inserção do cliente na responsabilização por sua saúde, as propostas de intervenção trazidos no MACC têm como um dos principais objetivos o autocuidado apoiado, conceito no qual está inserida a ideia do empoderamento da população sobre o controle de sua saúde e a capacidade do autogerenciamento, reconhecendo o usuário como figura central. Para atingir os objetivos do autocuidado, o profissional deve trabalhar o fortalecimento dos pacientes para que, então, possa planejar e agir sob um plano de cuidados que contenha metas e métodos, sabendo que podem surgir dificuldades como barreiras³.

Os dados deste estudo mostram que pacientes deixaram de aderir à medicação em algum momento do tratamento por sentirem-se melhor (13,5%) ou pior (18,7%) após tomarem os medicamentos. Outro fator citado foi o estado de tristeza ou sentimento de estar deprimido (18,1%).

Considerando que o vírus altera a rotina do paciente, que precisa estar presente em consultas frequentes e reservar um momento diário para ingestão da medicação, o tratamento chega a ser considerado como uma prisão¹⁷.

Este aspecto perpassa pelo conhecimento da doença e pela aceitação da situação de ser portador do vírus HIV. Esta realidade aponta para uma necessidade de intervenção profissional, visto que, considerando a média do tempo de tratamento dos pacientes, de quatro anos, acredita-se haver algum nível de conhecimento sobre a TARV e as consequências da não adesão. Posto isso, ainda assim, diante de dificuldades

encontradas, alguns pacientes abriram mão do tratamento pelo menos uma vez.

Nesse sentido, reporta-se a um conceito defendido no MACC, a alfabetização sanitária, que significa a capacidade dos clientes de obter, desenvolver, processar e compreender as informações básicas que permitam fazer decisões em saúde. Na realidade das dificuldades diante da TARV, a alfabetização sanitária intervém na capacidade da coparticipação da atenção à saúde, do autocuidado, da compreensão e adesão aos tratamentos prescritos, principalmente os medicamentosos³.

Com base em propostas do MACC, ressalta-se a importância da atuação multiprofissional sob a perspectiva do autocuidado para o manejo das reações adversas, bem como incentivo à adesão, embora o paciente possa supor que em algum momento não precise do tratamento. Deste modo, a atuação multiprofissional, na qual os profissionais têm seus papéis bem esclarecidos, é fundamental. A consulta programada com vários profissionais da saúde, individual ou grupal, e o estudo sobre os casos que estão sob sua responsabilidade podem ter como resultados intervenções que juntas alcançam um objetivo macro voltado para o bem-estar do paciente, fundamentadas em metas a serem alcançadas e o monitoramento destas. Essa ideia se refere a uma antiga, mas ainda vigente e eficaz ferramenta de assistência, o estabelecimento de um plano de cuidado.

Entende-se que a formação de uma equipe multiprofissional, com distribuição de tarefas, seria uma verdadeira solução para reorganização do modelo de saúde³. Porém, cita-se ainda o sistema ainda vigente como fator impeditivo para realização de intervenções que possibilitam maior aproximação entre equipe multiprofissional e cliente; ele é pautado na produtividade, com estruturas inadequadas e número de profissionais insuficientes.

Visualizando-se a não adesão ao tratamento de alguns pacientes em algum momento do tratamento (35,4%), identifica-se a necessidade instantânea de intervenção profissional, visto que o paciente, por motivos como desconhecimento, aspectos psicológicos ou outras dificuldades, não está apto a gerir sua saúde no que se refere à infecção pelo HIV.

Entre novas possibilidades de intervenção em saúde, cita-se a teleassistência, que, por meio de telefones celulares, audiotapes e outras intervenções, e com informações oportunas, apropriadas, confiáveis, seguras e relevantes, complementa as orientações recebidas pela equipe de saúde no ambiente assistencial³. A agregação de novas tecnologias, a inovação, o ajuste do sistema de saúde e a adequação numérica dos recursos humanos são primordiais para que seja possível a execução de novas intervenções.

Ainda como ferramenta de suporte para esse processo de adesão à terapia, aponta-se a possibilidade de aplicação do Modelo Transteórico de Mudança (MTT), uma tecnologia com eficácia evidenciada na mudança de comportamento. O MTT

mostra estágios sequenciais de estados psicológicos e comportamentais que vão desde a falta de motivação até um novo comportamento sustentado, apresentando-se, portanto, como estratégia a ser utilizada no contexto da adesão ao tratamento. Outro subsídio presente no MTT é o fator de esse modelo intervir conforme a motivação, item de extrema relevância na realidade da adesão à TARV e que deve nortear a abordagem durante o tratamento³.

Os participantes do estudo foram questionados como consideram a relação com o médico assistente; verificou-se que um paciente (0,5%) a caracterizou como ruim; quatro (1,9%), como regular; e 35 (16,3%) afirmaram que a relação pode melhorar. Estes dados preocupam já que a adesão ao tratamento depende diretamente da relação estabelecida entre profissional e cliente. É nela que há o estímulo à adesão, as orientações e, principalmente, a confiança do paciente no profissional e, então, a sensibilização da importância da adesão.

No contexto do MACC, preconiza-se como um dos principais pontos para a atenção integral à saúde o vínculo estabelecido entre a comunidade e os serviços de saúde³.

No acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, em que normalmente se cria uma longa relação com a equipe ou profissional assistente, é essencial primar pelo estabelecimento de vínculos, os quais reportam à importância da empatia, que apresenta resultados positivos na satisfação do cliente e na eficácia do tratamento, e da atenção centrada na pessoa, e não na doença.

Quando questionados quanta informação têm sobre os medicamentos para o HIV, as respostas de 47% dos participantes variaram entre nenhuma informação e quantidade regular de informação.

Dar orientações em saúde não significa apenas dizer às pessoas o que fazer. Os usuários desempenham um papel central em determinar sua atenção à saúde e desenvolvem um sentido de responsabilidade. Isso não significa desresponsabilizar os profissionais de saúde na atenção, mas é importante que as pessoas se empoderem em relação à sua saúde, por sua própria saúde³. Para exercerem o autocuidado, que significa também ter proatividade, os clientes precisam ter um bom nível de informação sobre sua doença.

Na realidade do HIV, não apenas o conhecimento, mas inúmeros fatores podem interferir nas atitudes para o autocuidado, como a desmotivação, o estigma, falta de confiança na capacidade de autocuidar-se, a ambivalência em querer o cuidado, mas não implementar as ações que nele resultam e, principalmente, os fatores emocionais tão vinculados à doença, como a desmotivação e a depressão.

Estratégias que ajudem as pessoas a compartilhar informações entre si, em que são citadas situações semelhantes e o modo como foram enfrentadas, pode ser uma das opções dos profissionais para este momento de atenção à saúde. Aponta-se como uma das estratégias eficazes, tanto para criar e estabelecer relação próxima com pacientes bem como para

orientar os clientes, a realização de grupos operativos. Entre seus benefícios citam-se: redução dos atendimentos individuais face-a-face, participação ativa das pessoas no processo de mudança, maior envolvimento dos profissionais com as pessoas usuárias, e estímulo à autonomia das pessoas na produção da saúde, melhora no acolhimento, fortalecimento dos elos entre as pessoas usuárias e profissionais de saúde, incremento da solidariedade, melhora nos processos de informação, melhora na apropriação dos problemas, maior consciência de direitos e deveres, melhora na capacidade de verbalização e maior integração no grupo¹⁸.

Considerando que na realidade da rotina de pacientes com HIV é relevante o suporte social e familiar recebido, a estratégia do grupo operativo tem sua importância, pois pode ser desenvolvido com familiares, grupos de trabalho, de pais, e outros.

Centrando-se na pessoa, as ações profissionais incorporaram ao programa terapêutico aspectos privados dos pacientes, nos quais são identificadas relações e contextos de vida, que se relacionam a normas sociais, princípios e valores¹⁴.

Foi constatado que 0,9%, 3,7% e 4,2% dos pacientes responderam que, quando os resultados dos exames estão bons, o médico nunca, algumas vezes e aproximadamente metade das vezes, respectivamente, os utilizam para dar ânimo e motivar o seguimento do tratamento.

Lançar mão de estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento é imprescindível ao sucesso deste. Retoma-se, então, a discussão quanto ao vínculo entre paciente e profissional, pois o próprio paciente deve ser responsável pelo gerenciamento de sua saúde, mas, sem conhecimento, este gerenciamento não é possível. É nessa relação de confiança que as lacunas devem ser percebidas por cliente ou profissional e serem resolvidas.

Quando se estabelece um vínculo entre profissional e cliente, a confiança perpassa essa relação. É nesse contexto que as oportunidades que levem ao sucesso da TARV devem ser aproveitadas. A busca pelo autocuidado apoiada fundamenta essa ação e deve ser desenvolvida por meio de estratégias de ação que envolvam o cliente individualmente ou em grupo (de pacientes também positivos para o HIV ou grupos de familiares). É também nessa perspectiva que se inclui a ação multiprofissional, em que, cada profissional, com sua habilidade, lança mão de intervenções que venham a desenvolver o conhecimento sobre a doença e o significado do seu estado clínico evidenciado em exames, a automotivação para continuar ou aderir a TARV, buscar vínculos sociais ou familiares que favoreçam essa adesão, entre outros.

Ao serem questionados sobre a avaliação de si mesmo no que se refere à tomada dos medicamentos, a maioria dos pacientes (52,1%) se autoafirmaram como muito cumpridor da prescrição. Contudo, 12,1%, 3,7% e 0,9% referiram ser regularmente, pouco e nada cumpridores,

respectivamente. Foi visto ainda que 6% dos clientes referiram regular dificuldade para tomar a medicação; 2,3%, bastante dificuldade e 0,9%, muita dificuldade.

A autoavaliação no processo de cuidar é parte do modo de atenção centrado na pessoa. Considera-se ainda que a autoavaliação vai além dos aspectos clínicos e biológicos e contempla questões que interferem no modo de como a pessoa se vê dentro da perspectiva do autocuidado, como a comunicação, acesso à informação, ambiente familiar, espiritualidade e outros. A avaliação do autocuidado deve fazer parte da rotina no contexto das doenças crônicas, tanto para avaliar a condição inicial do pacientes bem como fazer sua evolução temporal³. Nesse contexto, um plano de cuidado deve ser utilizado como uma ferramenta de apoio dessa avaliação.

Trata-se de um desafio tanto para o cliente, por exigir esforço em suas atitudes, quanto para o profissional, pois, para se conseguir efetivar mudanças nas pessoas, devem ser considerados o contexto pessoal e a motivação do cliente para se tornar e perceber autônomo. Mudar o estilo de vida consiste em uma decisão pessoal, e, para intervir nessa decisão, é preciso que o profissional e toda e equipe de saúde esteja bem preparada.

O modo de enfrentamento das pessoas diante de uma condição crônica varia desde uma atitude ativa e de convivência com restrições a um modo mais reativo. E não é a condição crônica enfrentada que definirá essa diferença, mas o quanto as pessoas são capazes de manejá-la³.

Destarte, o atendimento relativo à adesão à TARV consiste em oportunidade para implementação da atenção integral ao paciente, considerando desde os aspectos clínicos aos aspectos psicológicos e sociais.

Considerando a ferramenta do CEAT-HIV, bem como outras necessidades acerca do estudo em relação à AIDS e à adesão à TARV, este estudo não é findo, evidenciando a importância de pesquisas que busquem a atenção ao paciente de forma totalitária e a avaliação de outros fatores que se relacionam à adesão à TARV.

Apresenta-se como limitação deste estudo a ausência de artigos em periódicos científicos e poucas referências que explorem a metodologia do MACC, não sendo possível, portanto, trazer a realidade da aplicação desse modelo em situações variadas ou realidades distintas deste estudo e assim confrontar os resultados encontrados. Espera-se que esse modelo seja aplicado em outras circunstâncias de atenção à saúde e que haja a divulgação dessas experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi observado que um número significativo de pacientes, 35,4%, deixou de aderir ao tratamento antirretroviral em algum

momento, demonstrando dificuldades na manutenção do uso dos medicamentos, por questões psicológicas, como o humor deprimido, ou por causa de efeitos colaterais, como a sensação de piora após a tomada da medicação.

Em decorrência dessas falhas no uso dos medicamentos, há necessidade de intervenção profissional, visto que a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS está relacionada à boa adesão ao tratamento. Essas lacunas identificadas consistem em um importante foco de atendimento a ser pautado na promoção do autocuidado e assistência integral à saúde.

É importante que profissionais que atuam junto a portadores de HIV saibam que um repasse de informação não é suficiente para garantir o autocuidado, pois existem inúmeros fatores que podem influenciar negativamente o sucesso do tratamento e essa é uma condição em que o sistema imunológico precisa estar eficiente para combater infecções oportunistas e na qual há possibilidade de complicações. É, portanto, essencial o seguimento adequado do tratamento.

Profissionais de saúde que atendem pacientes positivos para o HIV precisam lançar mão de um plano de cuidados e inteirar-se das possíveis estratégias de intervenção para conseguir os objetivos propostos nesse plano. Além disso, a aproximação do paciente também definirá a intervenção do profissional. Isso significa que é primordial que o profissional tenha ciência dos medos, desejos, angústias, bem como de tudo que é benéfico ao paciente e influencia positivamente no seu tratamento, para então conduzir de modo eficaz a assistência integral e a promoção da saúde.

Desse modo, o contexto do tratamento para infecções pelo HIV representa uma oportunidade de intervir sob a perspectiva do MACC, visto que este modelo traz propostas que visam a uma assistência mais completa a esse paciente crônico.

As ações propostas pelo MACC consistem em uma metodologia de assistência a ser inserida na rotina de todos os profissionais e instituições de saúde, já que em diversas situações identificadas foram constatadas possibilidades de intervenções sugeridas por esse modelo.

As práticas que busquem a responsabilidade do próprio paciente sobre sua gestão na adesão ao tratamento são primárias. Para que a infecção seja enfrentada de modo eficaz, a implementação dessas novas práticas e metodologias de cuidados deve ser mais evidente. Portanto, considera-se que o MACC contribui para uma assistência integral e eficaz, pois propõe um conjunto de ações que consideram o potencial de autocuidado do paciente e a interação entre equipe de saúde e paciente.

REFERÊNCIAS

1. Geocze L. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev. saúde pública.* 2010; 44(4): 743-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
3. Mendes EV. O cuidado as condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
4. Remor E. Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH): estudio internacional. *Rev. Humanitas.* 2006; 3: 80-1.
5. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev. saúde pública.* 2007; 41(5): 685-94
6. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto & contexto enferm.* 2010; 20(3): 565-75.
7. Simon D, Béria JU, Tietzmann DC, Carli R, Stein AT, Lunge VR. Prevalência de subtipos do HIV-1 em amostra de pacientes de um centro urbano no sul do Brasil. *Rev. saúde pública.* 2010; 44 (6): 1094-101.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim epidemiológico de DST e Aids. Ano VII, nº 1. Jul a Dez 2009 e Jan a Jul 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Harris J, Pillinger M, Fromstein D, Gomez B, Garris I, Kanetsky PA, et al. Risk factors for medication non-adherence in an infected population in the Dominican Republic. *AIDS Behav.* 2011; 15(7): 1410-5.
10. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev. bras. epidemiol.* 2012; 15 (1): 75-84.
11. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, MahalA Structural approaches to HIV prevention. *Lancet.* 2008; 372(9640): 764-75.
12. Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42(3): 490-5.
13. Carvalho CV, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinants of antiretroviral treatment adherence in Brasília, Federal District: a case-control study. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2007; 40(5): 555-65.
14. Oliveira LA, Ayres JRCM, Zoboli ELCP. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface comun. saúde educ.* 2011; 15(37): 363-75.
15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Rüütel K, Pisarev H, Loit HM, Uusküla A. Factors influencing quality of life people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *J Int AIDS Soc.* [periódico na internet]. 2009 jul; [cited 2012 fev 13]; 12(13): [aprox. 14 telas]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717916/>>.
17. Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *REBEN.* 2011; 64(6): 1028-37.
18. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc Anna Nery.* 2007; 11 (1): 52-7.