

Falta de adesão em pessoas vivendo com HIV: acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem¹

Richardson Augusto Rosendo da Silva²

Mayara Mirna do Nascimento Costa³

Vinicius Lino de Souza Neto⁴

Bárbara Coeli Oliveira da Silva⁵

Cristiane da Silva Costa⁶

Itáisa Fernandes Cardoso de Andrade⁷

Objetivo: avaliar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “falta de adesão” da *NANDA International*, em pessoas vivendo com HIV. **Método:** estudo de acurácia diagnóstica, realizado em duas etapas. Na primeira, contou-se com 113 pessoas vivendo com HIV, em um hospital de doenças infectocontagiosas no Nordeste do Brasil, buscando-se indicadores clínicos de “falta de adesão”. Na segunda, as características definidoras foram avaliadas por seis enfermeiros especialistas, sendo julgada a presença ou ausência do diagnóstico em questão. Para a acurácia dos indicadores clínicos, mensurou-se a especificidade, sensibilidade, valores preditivos e razões de verossimilhança. **Resultados:** mostrou-se, nos resultados, a presença do diagnóstico “falta de adesão” em 69% (n=78) das pessoas vivendo com HIV. Assim, o indicador mais sensível foi “falta a compromissos agendados” (OR: 28,93; IC 95%: 1,112-2,126; p=0,002). Já em “comportamento de falta de adesão” (OR: 15,00; IC 95%: 1,829-3,981; p=0,001) e “falha em alcançar os resultados” (OR: 13,41; IC 95%: 1,272-2,508; p=0,003) obteve-se maior especificidade. **Conclusão:** as características definidoras mais acuradas foram “comportamento de falta de adesão”, “falta a compromissos agendados” e “falha em alcançar os resultados”. Assim, na presença dessas, o enfermeiro poderá identificar, com maior segurança, o diagnóstico estudado.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Sinais e Sintomas; Sensibilidade e Especificidade; Adesão à Medicação; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pessoas vivendo com Aids”, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

³ MSc, Enfermeira, Hospital Maternidade Divino Amor, Prefeitura de Parnamirim, Parnamirim, RN, Brasil.

⁴ Mestrando, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Professor, Escola Técnica Potiguar, Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil.

⁶ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁷ Enfermeira.

Como citar este artigo

Silva RAR, Costa MMN, Souza Neto VL, Silva BCO, Costa CS, Andrade IFC. Noncompliance in people living with HIV: accuracy of defining characteristics of the nursing diagnosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2940. [Access ____/____/____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1582.2940>.

mês dia ano

URL

Introdução

No início dos anos 1990, importante marco no tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês, Aids) foi o desenvolvimento da terapia antirretroviral combinada de alta potência⁽¹⁾. O grande benefício gerado pelo uso dessa terapêutica foi o prolongamento da sobrevivência das pessoas que adquiriram essa doença, uma vez que ela deixou de ser considerada fatal, tornando-se condição crônica⁽²⁾.

Apesar das melhorias geradas por essa terapêutica, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas. Uma delas é a falta de adesão do paciente ao tratamento, o que traz desafios aos serviços e aos profissionais de saúde. Assim, a adesão é processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social⁽²⁻³⁾.

O acompanhamento deve ser cuidadoso, planejado e registrado. Não se trata apenas de incluir no atendimento a clássica pergunta "Está tomando tudo certo?", mas de investigar detalhadamente a rotina adotada pelo usuário para a tomada de medicação, as dificuldades encontradas e as falhas⁽³⁾.

O comportamento de falta de adesão está associado ao fato de que o indivíduo não se engaja adequadamente em comportamentos recomendados e/ou se engaja em comportamentos não saudáveis e/ou não demonstra interesse/esforço em seguir as recomendações profissionais, ou em adquirir conhecimentos sobre a doença. Assim, a não adesão é considerada ameaça para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de resistência ao vírus, no plano coletivo, aumentando os casos de infectividade do HIV⁽³⁻⁴⁾.

A "falta de adesão" é considerada Diagnóstico de Enfermagem (DE), de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), que consiste em um sistema de classificação dos DEs aceitos como rerepresentação do conhecimento de enfermagem, por meio de terminologia clinicamente útil⁽⁴⁾.

O diagnóstico "falta de adesão" está inserido no domínio 1, Promoção da saúde, e na classe 2, Controle da saúde. Nota-se que, embora os diagnósticos propostos por essa taxonomia sejam bem reconhecidos e aplicados em diversas situações e cenários, eles não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas, por meio de estudos de validação clínica, podem permitir seu aprimoramento⁽⁴⁻⁵⁾.

Dessa forma, o processo de validação clínica dos DEs é relevante para o manejo clínico e para a implementação de práticas sistemáticas, pois o processo de acurácia de diagnóstico estabelece, com maior exatidão, a característica definidora que prediz a proximidade ao diagnóstico, entre tantas outras. A acurácia do DE é

definida como o julgamento do avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência das pistas (indicadores clínicos) existentes para o diagnóstico⁽⁶⁾.

Para a análise da acurácia de cada característica definidora são realizados cálculos matemáticos, com destaque para as dimensões: sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos. Por meio das medidas de acurácia diagnóstica é possível diferenciar indivíduos com e sem o DE, a partir das características definidoras. No entanto, é sabido que a estimulação do desenvolvimento de pesquisas nesse âmbito afunila as incertezas subjetivas do enfermeiro e torna a elaboração dos diagnósticos mais simplificada⁽⁶⁾.

Em estudo de acurácia do diagnóstico "troca de gases prejudicada", em crianças com infecção respiratória aguda, mostrou-se que a realização de pesquisa em que se demonstre a validade das relações entre as manifestações clínicas e o DE corrobora a redução da imprecisão na escolha diagnóstica, por meio da discriminação do DE mais adequado a situações/problemas apresentados pelo paciente e, por conseguinte, alcançar resultados positivos de saúde⁽⁷⁾.

Em vista disso, neste estudo o propósito foi corroborar o processo de precisão dos indícios clínicos para tal diagnóstico, além de contribuir para o processo de inferência diagnóstica, ampliando essa habilidade do enfermeiro, diminuindo as incertezas clínicas, para que assim sejam elaboradas ações e intervenções de enfermagem seguras, com respaldo científico. Com isso, o objetivo, neste estudo, foi avaliar a acurácia das características definidoras do DE "falta de adesão" da NANDA-I, em pessoas vivendo com HIV.

Método

Trata-se de estudo de acurácia de diagnósticos, com delineamento transversal, realizado em duas etapas. Na primeira, foi realizada a identificação e avaliação dos indicadores clínicos do DE "falta de adesão", da NANDA-I, ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. Na segunda etapa, desenvolveu-se a acurácia das características definidoras do respectivo diagnóstico. As informações em questão estão detalhadas na Figura 1, logo abaixo.

Na primeira etapa, a população de pessoas vivendo com HIV pertencia ao ambulatório especializado em HIV de um hospital de referência intermunicipal, para o tratamento de doenças infectocontagiosas, no Nordeste do Brasil. O fato de a instituição atender pacientes de todo o Estado, acrescido da distância de alguns municípios, dificultando o acesso, explica o não comparecimento de alguns usuários aos compromissos agendados. A instituição é de caráter público, sendo realizados, em média, 800,2 atendimentos por ano a pessoas vivendo com HIV com ou sem complicações; isso engloba atendimento ambulatorial, pronto atendimento, Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e cuidados intensivos.

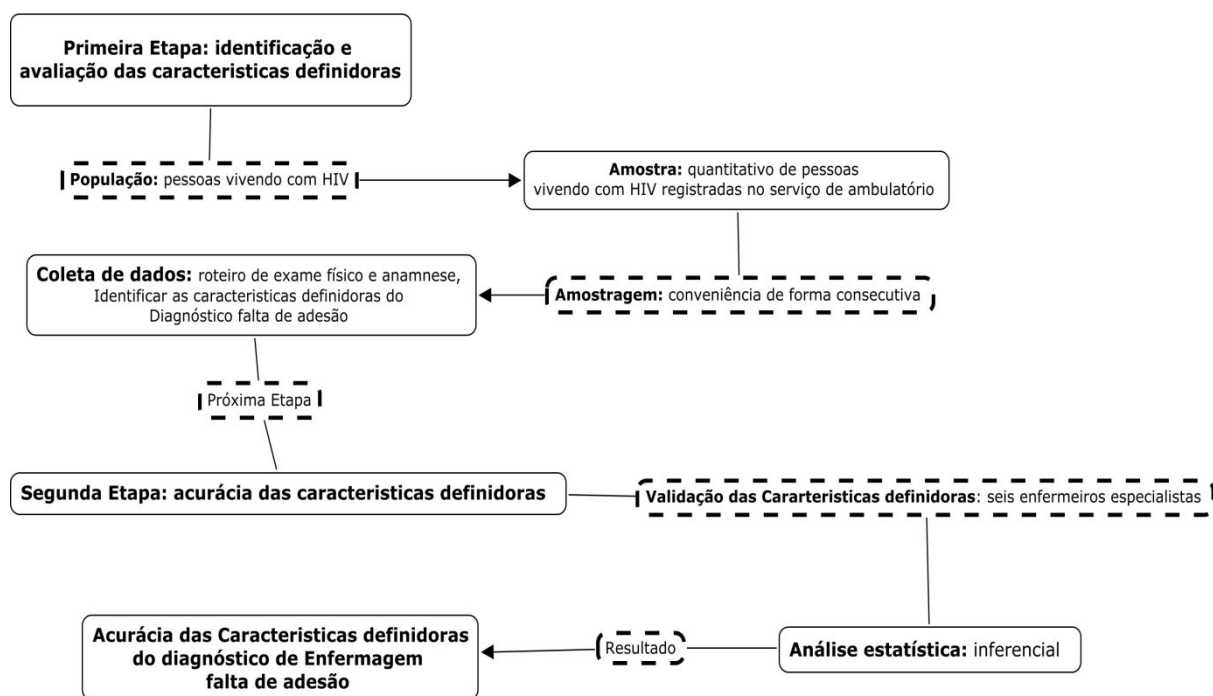


Figura 1 - Percurso metodológico para a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão"

O fluxo de atendimento inicia-se no ambulatório por demanda espontânea, caso o paciente possua resultado positivo de teste rápido para HIV, ou referenciado por outros serviços, com a consulta médica e de enfermagem, e a realização de exames, como carga viral, CD4 e CD8, para que assim possa ser implementado o esquema terapêutico, com a retirada de medicações na farmácia.

Especificamente no ambulatório em que são atendidos pacientes em tratamento antirretroviral estão registradas e acompanhadas 306 pessoas. Desse total, 158 pacientes passaram um mês sem retirar a medicação na farmácia e não compareceram à consulta de reavaliação no ano 2014, correspondendo a 51,63%. Nesse sentido, considerou-se essa população como universo para o cálculo da amostra. Assim, foi utilizada a fórmula para populações finitas, e adotados os critérios como nível de confiança 95% ($Z_{\infty}=1,96$), erro amostral de 5%, resultando em tamanho amostral de 113 pacientes⁽⁸⁾.

Ressalta-se que, no serviço, há registro de pacientes no ambulatório que, mesmo comparecendo aos compromissos agendados, apresentam baixa adesão aos medicamentos.

O recrutamento foi por conveniência de forma consecutiva, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: ter sido diagnosticado clinicamente com Aids, apresentar idade acima de 18 anos, estar incluído no sistema de registro da unidade hospitalar como paciente

de baixa adesão e fazer uso da terapia antirretroviral há, pelo menos, seis meses, estar cadastrado no ambulatório do hospital no período de coleta de dados. Como critérios de exclusão: apresentar condições físicas e emocionais alteradas no período da coleta de dados e que interfiram na mesma.

A coleta ocorreu no período de 15 de julho a 30 de setembro de 2015, por meio de roteiro de exame físico e anamnese, elaborado mediante revisão integrativa da literatura em periódicos nacionais e internacionais⁽⁴⁻⁷⁾, acrescido complementarmente de livros⁽⁹⁾ e Manual do Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁰⁾, subdividindo-se em duas partes.

A primeira contém variáveis como sexo, faixa etária, nível de escolaridade, renda mensal, forma de contaminação e tempo de diagnóstico. Já a segunda é voltada para questões quanto à adesão medicamentosa, como o tempo de uso da medicação, número de internações, falta às consultas agendadas, efeitos adversos após o uso da medicação, abandono da medicação, sinais de agravamento da doença, conhecimento sobre a doença e tratamento, relacionamento equipe/usuário, satisfação com o serviço, acesso ao serviço, crenças de saúde, forças motivacionais, apoio social e familiar, hábitos de vida, crenças de saúde incompatíveis com o regime terapêutico, expectativas em relação ao tratamento, habilidades para implementar o regime, incompatibilidade cultural e valores espirituais incompatíveis com o plano.

Com esses dados, mesuraram-se as características definidoras do DE "falta de adesão", como complicação relativa ao desenvolvimento, comportamento de falta de adesão, exacerbação de sintomas, falha em alcançar os resultados e falta a compromissos agendados.

A "complicação relativa ao desenvolvimento" é definida como sinais e sintomas indicativos da instalação de complicações da doença por falhas na adesão ao tratamento. O "comportamento de falta de adesão" está associado ao fato de que o indivíduo não se engaja adequadamente em comportamentos recomendados e/ou se engaja em comportamentos não saudáveis e/ou não demonstra interesse/esforço em seguir as recomendações profissionais, ou em adquirir conhecimentos sobre a doença. A "exacerbação de sintomas" demonstra os prejuízos no controle da doença. A "falha em alcançar os resultados" é definida como a não obtenção dos benefícios esperados após a instituição do tratamento medicamentoso. Já a "falta a compromissos agendados" constitui-se como a dificuldade do indivíduo em comparecer às consultas agendadas e/ou ter dificuldades em adotar e manter hábitos de vida saudáveis⁽¹¹⁾.

Logo após a sua estruturação, o conteúdo do instrumento passou por um processo de normalização e validação por oito enfermeiros docentes, especialistas em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e infectologia. As sugestões implicadas com o instrumento foram incluídas e ele foi reavaliado novamente. Após esse momento, realizou-se pré-teste com 10% da amostra, para que, assim, fossem identificadas as possíveis lacunas, não havendo necessidade de modificações. A coleta foi realizada por dois alunos mestrados e um doutorando, os quais participaram de curso com duração de 10 horas, dividido em dois dias, realizado pelo pesquisador responsável. No primeiro dia, discutiram-se assuntos voltados aos antirretrovirais, como o tipo de medicação, as reações adversas e o DE "falta de adesão". No segundo, apresentou-se o instrumento, e simulou-se a abordagem à pessoa vivendo com HIV.

A coleta de dados ocorreu em sala reservada, na instituição hospitalar, com intuito de manter a privacidade dos participantes e evitar a interrupção da mesma. Em seguida, com os dados obtidos das 113 pessoas vivendo com HIV, os pesquisadores catalogaram as características definidoras do diagnóstico, a partir dos indícios clínicos, sociais e comportamentais.

A segunda etapa do processo voltou-se à validação de conteúdo proposta por Fehring, em sua totalidade. Esse modelo consiste na validação das características definidoras do diagnóstico por peritos, cuja seleção dos

especialistas deve ser por critérios estabelecidos. Assim, o processo de validação perpassa por diversas etapas, a saber: seleção dos especialistas; atribuição de um valor à característica definidora do DE; técnica Delphi (opcional); média ponderada das notas atribuídas e, por fim, análise inferencial dos dados⁽⁶⁾.

O autor recomenda que esse tipo de estudo seja realizado por enfermeiros peritos. Entretanto, sabe-se que há dificuldades em encontrar amostra de profissionais que atendam aos critérios propostos pelo autor⁽⁶⁾, o qual reconhece o fato. Devido a isso, neste estudo, os critérios foram modificados para possibilitar a realização do estudo, descritos da seguinte forma: (1 ponto) titulação de Mestre em Enfermagem; (2 pontos) titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo; (1 ponto) publicação de artigo sobre DE associado a métodos de validação em periódicos de referência; (2 pontos) artigo publicado sobre DE e com conteúdo relevante à área em foco; (4 pontos) doutorado versando sobre DE; (1 ponto) experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo; (2 pontos) certificado de prática clínica relevante à área do diagnóstico em estudo.

Após a busca pelos especialistas, foram selecionados seis, na área de DEs, com prática clínica ou experiência no ensino da infectologia em Enfermagem. Em seguida, foi proporcionado treinamento teórico e prático para os especialistas, com a aplicação de situações realísticas, para que fossem mensuradas as suas respostas com base na capacidade, eficiência, tendência, taxa de falso positivo e negativo, conforme descrito na Tabela 1.

A prática do treinamento foi fundamental em virtude de não existir nenhum tipo de padrão-ouro para a identificação dos DEs. Associado a isso, no estudo, adotou-se como padrão-ouro as características observadas nos usuários que apresentaram adesão à retirada de medicamentos (não atraso na retirada dos medicamentos, contagem de linfócitos CD4 maior que 200 células/mm³, carga viral indetectável, ausência de doenças oportunistas e não relatar dificuldades para ingestão dos medicamentos) e comparecimento a consultas.

Para realizar a análise da capacidade de inferência diagnóstica, utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores, composto de 12 quesitos que relacionavam cada item a ser avaliado, resultando, assim, em uma média e comparando-se com os níveis aceitável, marginal e inaceitável. Após a análise dos resultados, apenas três especialistas conseguiram obter a média aceitável (>0,9) para cada item de avaliação da capacidade diagnóstica.

Tabela 1 - Pontos de corte para avaliação da capacidade de inferência diagnóstica, em um município da Região Nordeste. Brasil, 2015

Parâmetros	Aceitável	Marginal	Inaceitável
Eficácia (E)	0,9 ou mais	>0,8-0,9	Menos de 0,8
Taxa de Falso Positivo (FP)	0,05 ou menos	≤0,10	Mais que 0,10
Taxa de Falso Negativo (FN)	0,02 ou menos	≤0,10	Mais que 0,10
Tendência (T)	0,80-1,20	0,50-0,80 ou 1,2-1,5	Menos que 0,50 ou mais que 1,5

Após a seleção dos especialistas, elaborou-se, para cada paciente, uma planilha, no Microsoft Office Excel, com as possíveis características definidoras, totalizando 113, e, ao lado de cada planilha, havia uma coluna com a escala composta dos seguintes valores: 1=nada pertinente; 2=pouco pertinente; 3=muito pertinente; 4=pertinente; 5=muitíssimo, se pertencia ao diagnóstico. As planilhas foram enviadas para os especialistas, juntamente com a síntese de cada caso, para que, assim, tivessem a percepção por completo das condições de saúde das pessoas vivendo com HIV e realizassem a etapa da análise inferencial dos dados.

Após os enfermeiros especialistas atribuírem valor a cada Característica Definidora (CD) do DE estudado na escala de 1 a 5, calculou-se a média ponderal das notas atribuídas para cada uma das CDs, atribuindo-se os seguintes pesos aos cálculos: peso 1=0, peso 2=0,25, peso 3=0,50, peso 4=0,75, peso 5=1. Em seguida, as CDs com média ponderada ≤0,50 foram descartadas e as CDs com média ponderada ≥0,80 foram consideradas como principais. Por fim, o escore total da validação de conteúdo do diagnóstico foi obtido pela soma dos escores individuais dividida pelo número total de CDs do DE, excluindo-se as com média ponderada ≤0,50.

Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial, fazendo uso do IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para Windows. A acurácia das características definidoras do DE "falta de adesão" foi avaliada por meio da sensibilidade, especificidade, valores preditivos negativos e positivos. Utilizou-se ponto de corte de 80%, para as características definidoras, e considerando-se relevantes os resultados obtidos acima desse ponto. A razão pela qual os pesquisadores adotaram tal ponto de corte pauta-se em outros estudos de acurácia em que foi utilizado o mesmo valor, nos quais se demonstrou que esse ponto de corte conferiu maior representatividade estatística⁽¹²⁻¹³⁾. Assim, foram calculadas a razão de verossimilhança positiva e negativa, *Odds Ratio* diagnóstica (ORD) e de prevalência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição responsável, sob Protocolo nº 1.146.907, obtendo-se aprovação com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 46206215.3.0000.5537.

Resultados

Foram avaliadas 113 pessoas vivendo com HIV, sendo a maioria do sexo masculino (55,5%), heterossexuais (66,4%), que apresentaram faixa etária entre 30 e 39 anos (39%), ensino fundamental incompleto (55,7%), com renda de um salário-mínimo (n=54/47,8%). No que se refere ao tempo de diagnóstico da Aids, a média foi de cinco anos (±5,38). Quanto à presença do diagnóstico "falta de adesão", verificou-se que 69% (n=78) das pessoas vivendo com HIV apresentavam o diagnóstico. Ademais, na Tabela 2 revela-se a razão de prevalência entre as características definidoras, na qual é possível observar que todas as associações foram estatisticamente significativas.

Em relação à acurácia diagnóstica das características definidoras, a característica definidora com maior sensibilidade foi "falta a compromissos agendados" (96,21%), na qual se apresentaram valores de verossimilhança e ORD estatisticamente significativos, conforme mostrado na Tabela 3.

Dentre as cinco características definidoras, três apresentaram o ponto de corte acima de 80%, revelando-se específicas ao diagnóstico "falta de adesão", a saber: "comportamento de falta de adesão", "falha em alcançar os resultados" e "complicação relativa ao desenvolvimento". No entanto, apenas as duas primeiras exibiram valores de verossimilhança e ORD estatisticamente significativos. As características definidoras que apresentaram significância estatística foram testadas por meio de regressão logística com vistas a verificar a associação conjugada das características definidoras, conforme revelado na Tabela 4.

Tabela 2 - Razões de prevalência das características definidoras, segundo a ocorrência do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" em pessoas vivendo com HIV, em um município da Região Nordeste. Brasil, 2015

Variáveis	Diagnóstico de enfermagem e falta de adesão						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	%	N	%	N	%	N	
Comportamento de falta de adesão							
Presente	78	69,03	00	00,00	78	69,03	p=0,001*
Ausente	00	00,00	35	30,97	35	30,97	RP†=3,582†
Total	78	69,03	35	30,97	113	100	IC‡95%: 1,829-3,981‡
Complicação relativa ao desenvolvimento							
Presente	58	51,33	10	8,85	68	60,18	p=0,04§
Ausente	20	17,70	25	22,12	45	39,82	RP†=2,671†
Total	78	69,03	35	30,97	113	100	IC‡95%: 1,729-2,873‡
Exacerbação de sintomas							
Presente	48	42,48	17	15,04	65	57,52	p=0,03§
Ausente	30	26,55	18	15,93	48	42,48	RP†=1,95†
Total	78	69,03	35	30,97	113	100	IC‡95%: 1,152-2,607‡
Falha em alcançar os resultados							
Presente	69	61,06	04	3,54	73	64,60	p=0,003*
Ausente	09	7,97	31	27,43	40	35,40	RP†=1,872†
Total	78	69,03	35	30,97	113	100	IC‡95%: 1,272-2,508‡
Falta a compromissos agendados							
Presente	73	64,60	03	2,65	76	67,25	p=0,002*
Ausente	05	4,43	32	28,32	37	32,75	RP†=1,351†
Total	78	69,03	35	30,97	113	100	IC‡95%: 1,112-2,126‡

*teste exato de Fisher; †RP=razão de prevalência; ‡IC=intervalo de confiança de 95%; §teste qui-quadrado de Pearson; p<0,05

Tabela 3 - Medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" em pessoas vivendo com HIV, em um município da Região Nordeste. Brasil, 2015

Características definidoras	Se*	Es†	VPP‡	VPN§	RVP (IC 95%)	RVN¶ (IC 95%)	ORD** (IC 95%)
Complicação relativa ao desenvolvimento	57,00	81,74	94,13	36,87	2,00 (0,97-2,61)	0,70 (0,41-1,61)	3,00 (0,94-4,58)
Comportamento de falta de adesão	64,30	95,24	98,41	49,56	7,00 (1,32-8,12)	0,62 (0,41-0,67)	15,00 (8,16-17,74)
Falta a compromissos agendados	96,21	70,84	93,45	65,34	4,33 (1,58-5,04)	0,20 (0,09-0,24)	28,93 (9,87-32,85)
Exacerbação de sintomas	88,87	68,66	87,84	42,55	1,46 (0,73-2,91)	0,76 (0,52-1,13)	1,90 (0,65-5,56)
Falha em alcançar os resultados	53,26	84,55	97,50	48,44	9,46 (1,25-10,29)	0,65 (0,53-0,70)	13,41 (1,95-14,31)

*Se=sensibilidade; †Es=especificidade; ‡VPP=valor preditivo positivo; §VPN=valor preditivo negativo; ||RVP=razão de verossimilhança positiva; ¶RVN=razão de verossimilhança negativa; **ORD=Odds Ratio diagnóstico

Tabela 4 - Regressão logística para as características preditoras da presença do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" em pessoas vivendo com HIV, em um município da Região Nordeste. Brasil, 2015

Características definidoras	Se*	Es†	VPP‡	VPN§	RVP (IC 95%)	RVN¶ (IC 95%)	ORD** (IC 95%)
Complicação relativa ao desenvolvimento	57,00	81,74	94,13	36,87	2,00 (0,97-2,61)	0,70 (0,41-1,61)	3,00 (0,94-4,58)
Comportamento de falta de adesão	64,30	95,24	98,41	49,56	7,00 (1,32-8,12)	0,62 (0,41-0,67)	15,00 (8,16-17,74)
Falta a compromissos agendados	96,21	70,84	93,45	65,34	4,33 (1,58-5,04)	0,20 (0,09-0,24)	28,93 (9,87-32,85)
Exacerbação de sintomas	88,87	68,66	87,84	42,55	1,46 (0,73-2,91)	0,76 (0,52-1,13)	1,90 (0,65-5,56)
Falha em alcançar os resultados	53,26	84,55	97,50	48,44	9,46 (1,25-10,29)	0,65 (0,53-0,70)	13,41 (1,95-14,31)

*Se=sensibilidade; †Es=especificidade; ‡VPP=valor preditivo positivo; §VPN=valor preditivo negativo; ||RVP=razão de verossimilhança positiva; ¶RVN=razão de verossimilhança negativa; **ORD=Odds Ratio diagnóstica

Discussão

O processo de validação clínica dos DEs, realizado pelo método de acurácia das características definidoras, é prática que corrobora o processo de diferenciação da presença e ausência de diagnósticos, além de atenuar os vieses das inferências clínicas do enfermeiro, pois a interpretação dos indícios clínicos torna-se subjetiva⁽⁶⁻⁷⁾.

No estudo, o diagnóstico falta de adesão é definido como o "comportamento da pessoa e/ou do cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico, acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos" (Herdman & Kamitsuru, 2015, p. 135). Esse apresenta-se com as características definidoras "complicação relativa ao desenvolvimento", "comportamento de falta de adesão", "exacerbação de sintomas", "falha em alcançar os resultados" e "falta a compromissos agendados"⁽⁹⁾.

Dentre essas, observou-se que cerca de 67,3% dos pacientes com diagnóstico "falta de adesão" apresentaram a característica de falta a compromissos agendados, que consiste em não comparecer a consultas programadas, não tomar doses de medicamentos indicados, não tomar medicamentos no horário correto e não comparecer ao serviço de saúde para receber a medicação⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, o não comparecimento ao serviço pode estar voltado à não aceitação do paciente quanto à nova condição de saúde e à descrença no regime medicamentoso⁽¹⁴⁾. A complexidade do tratamento requer da pessoa vivendo com HIV orientações prévias, pois alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, ou em jejum, ou em sequências temporais combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento⁽¹⁵⁾.

Em estudos, aponta-se que a adesão à terapia antirretroviral também pode ser influenciada pela redução de barreiras de acesso ao serviço de saúde, utilização de tecnologias leves de saúde, como acolhimento, vínculo, responsabilização, além da confiança depositada no serviço e na melhoria da relação interpessoal com os profissionais de saúde⁽¹⁻⁴⁾.

Desse modo, o papel do profissional que presta assistência é importante, principalmente pela capacidade de diálogo e negociação. Orientar sobre a doença, a importância da adesão, os medicamentos

e o modo correto de usá-los, os efeitos colaterais do tratamento e as medidas a serem tomadas, quando tais efeitos ocorrem, constitui aspecto prioritário no tratamento e deve envolver todos os profissionais de saúde responsáveis pela assistência⁽²⁻⁴⁾.

No presente estudo, além dos respectivos fatores de abstenções, a falta de compromissos agendados está voltada também ao esquecimento. Em estudo, mostrou-se que o esquecimento foi a principal causa de ausência às consultas, porém, os profissionais de saúde implementaram o acompanhamento por telefone, diminuindo consideravelmente o número de faltosos⁽¹⁵⁾. Diante disso, o enfermeiro pode implementar ações de busca ativa e trabalhos terapêuticos, como rodas de conversas e terapias comunitárias^(2,16-17).

A segunda característica definidora, complicação relativa ao desenvolvimento, foi identificada no diagnóstico "falta de adesão", que teve como indicadores os sinais e sintomas apresentados pela evolução da doença e sua complicação, decorrentes, na maioria das vezes, por falhas na adesão ao tratamento⁽⁹⁻¹⁷⁾.

Pesquisadores ressaltam que um dos motivos alegados por pessoas vivendo com HIV para a não adesão é o fato de não terem conhecimento sobre a importância dos antirretrovirais, para a supressão da carga viral e aumento do CD4 e CD8⁽¹⁸⁾, e atenuação do desenvolvimento de complicações e infecções oportunistas, as quais estão ligadas ao abandono ou irregularidade na continuidade do tratamento⁽¹⁸⁾. Diante disso, o enfermeiro pode implementar ações que corroborem a desmitificação da medicação quanto ao seu uso e efeitos colaterais^(2,16-17).

Com intuito de auxiliar o paciente a melhorar a sua adesão ao tratamento antirretroviral, muitas estratégias têm sido descritas na literatura. Algumas delas devem ser implementadas com rigor, como a formação de grupos de adesão mais efetivos ou grupos de assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas decorrentes do uso dos medicamentos, o fornecimento gratuito de lembretes, de tabelas de horários, aplicativos de celular, assim como diários de uso dos medicamentos^(1-4,14). No cenário de investigação, no presente estudo, são adotadas estratégias como grupos de apoio à adesão, fornecimento de cartilhas de orientação e de diários para registro do uso dos antirretrovirais.

Em outro estudo, foi adotado programa de assistência terapêutica domiciliar, e verificou-se que os pacientes desse programa apresentaram significativamente maior adesão, em comparação ao tratamento ambulatorial convencional⁽¹⁷⁾. No entanto, o que se verifica na prática é que diferentes estratégias podem ser utilizadas para

promover a adesão, contudo, o importante é que o desenvolvimento e a implementação dessas intervenções sejam realisticamente desenhados para grupos específicos, levando em consideração as características individuais, o estilo de vida e o suporte social⁽¹⁴⁾.

Outra característica, considerada específica ao diagnóstico estudado, foi o comportamento de falta de adesão, em que o indivíduo não demonstra interesse em seguir as recomendações profissionais sobre o tratamento, tampouco adquirir conhecimentos sobre a doença, além de praticar comportamentos não saudáveis⁽¹⁹⁾.

São apresentados, em estudos, relatos de pacientes que demonstraram o "comportamento de falta de adesão", como o desinteresse em aprender sobre a doença e tratamento, relacionado à depressão, agressividade, negação da doença e sentimentos de revolta, bem como a um estilo de vida não saudável com uso de álcool e drogas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Em outra pesquisa, revelou-se que a religião também contribui para o "comportamento de falta de adesão", em que pessoas vivendo com HIV apresentaram como razão para a falta de seguimento ao tratamento medicamentoso as crenças religiosas e a fé de que seriam curadas por uma entidade divina⁽²¹⁾. Em estudo, apontou-se que o ritmo excessivo de trabalho, acarretando falta de tempo para ingerir as medicações, viagens frequentes, o fato de não se alimentar na hora correta, sair de casa sem a medicação e a quantidade de remédios a tomar por dia foram fatores que contribuíram para o "comportamento de falta de adesão"⁽²²⁻²³⁾.

No que tange aos indicadores mais específicos para a determinação do diagnóstico "falta de adesão", a exacerbação dos sintomas e a falha em alcançar os resultados foram identificados. Pontua-se, em pesquisas, que a maioria dos pacientes vivencia desafios no início do tratamento, contribuindo para a falha no alcance dos resultados. Esses ocorrem devido às reações iniciais provocadas pelo uso dos antirretrovirais, como náuseas, vômitos, diarreia, gases, azia, sonolência, insônia, pesadelos, entre outros⁽²³⁻²⁴⁾.

A falha em alcançar os resultados é apresentada como a não obtenção dos benefícios esperados após a instituição do tratamento medicamentoso. O sucesso terapêutico com a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (em inglês, HAART) é constatado pela carga viral indetectável, reconstituição imune confirmada por linfócitos T CD4+ e a ausência de manifestações clínicas e exacerbação dos sintomas da doença. A adesão ao tratamento tem sido consistentemente associada ao alcance do sucesso terapêutico e esse, por sua vez, pode reforçar a adesão. Foi apontado em estudo que os

pacientes com contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ apresentam maior risco de não adesão⁽²⁵⁾.

É importante destacar que com a análise desses indicadores clínicos, de forma isolada, busca-se entender melhor as especificidades que interferem na formulação do diagnóstico, como também abrangem o conhecimento do enfermeiro⁽³⁻⁶⁾, como, por exemplo, o profissional tendo ciência de que a Terapia Antirretroviral (TARV) retarda o desenvolvimento da doença e reduz a exacerbação dos sintomas, por meio da supressão viral e restauração do sistema imunológico. Nesse sentido, torna-se importante discutir e explicar os resultados dos exames laboratoriais para o paciente durante as consultas, para que o mesmo entenda e visualize seu progresso, reconhecendo as vantagens do tratamento e fortalecendo a motivação para a adesão⁽¹⁶⁻²⁵⁾.

Diante disso, compreende-se que a falta de adesão é, por sua vez, um dos principais problemas em pessoas vivendo com HIV, haja vista tratar-se de doença crônica, o que, por si, representa mais uma das dificuldades para o seguimento contínuo das recomendações. No entanto, sua identificação precoce e com maior segurança pelo enfermeiro pode ser realizada por meio de indicadores clínicos acurados, direcionando as intervenções e resultados de enfermagem com maior eficácia⁽²⁵⁾.

Embora muitas estratégias ainda sejam necessárias para acabar com a epidemia de Aids, há a explícita recomendação de oferta e início precoce da terapia antirretroviral, tão logo a pessoa seja diagnosticada com HIV (*Treatment as Prevention* – TASP). Ademais, é importante destacar a relevância do diagnóstico "falta de adesão", na perspectiva da cascata do cuidado, proposta internacionalmente, na qual a adesão representa etapa fundamental, inclusive para o alcance das metas 90-90-90, ou seja, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente e, até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.

Por fim, é importante destacar que, apesar da relevância dos estudos de acurácia, esses são considerados recentes e escassos na área de enfermagem⁽⁶⁾. Além disso, identificou-se que a escassez de estudos em que também se analisa a acurácia em DEs, voltados à adesão, tanto envolvendo o HIV como outras condições crônicas, limita-se a confiabilidade das inferências realizadas pelos enfermeiros para traçar, com segurança, a presença do diagnóstico estudado.

No entanto, em se tratando de outras doenças crônicas, em um estudo em que se avaliou a acurácia das características definidoras do DE "volume de líquidos

excessivo" da NANDA-I, em pacientes com insuficiência renal crônica, apontou-se que as características definidoras identificadas como acuradas poderão auxiliar os enfermeiros no processo de inferência desse diagnóstico, em pacientes submetidos à hemodiálise, possibilitando maior segurança na escolha do diagnóstico, além da elaboração de resultados e intervenções com maiores chances de direcionamento e eficácia⁽¹²⁾.

Em outro estudo em que se investigou a acurácia das características definidoras do diagnóstico "controle familiar ineficaz do regime terapêutico", em diabéticos atendidos em um centro de saúde da família, apontou-se a necessidade de se trabalhar a adesão com perspectiva voltada à família, sobretudo considerando-se a complexidade do tratamento para pessoas que vivem com doença crônica⁽¹³⁾.

Como limitação da pesquisa, destaca-se a dificuldade para a caracterização das definições conceituais e operacionais das características definidoras relacionadas ao diagnóstico estudado, as quais não se apresentaram claramente definidas na literatura, entrave que pode prejudicar a fidedignidade dos dados coletados, no que tange à sua mensuração. Desse modo, propõe-se, ainda, investigar, em pesquisas futuras, a validação das definições conceituais e operacionais das características do diagnóstico "falta de adesão".

Conclusão

Com os presentes dados foi possível observar que a característica definidora que apresentou maior sensibilidade foi "falta a compromissos agendados" em face do diagnóstico "falta de adesão". Quanto aos mais específicos, sobressaíram-se "comportamento de falta de adesão" e "falha em alcançar os resultados". Ademais, os indicadores "comportamento de falta de adesão", "falta a compromissos agendados" e "falha em alcançar os resultados" foram identificados no modelo da regressão logística como as características mais acuradas para a identificação do diagnóstico, em pessoas vivendo com HIV.

As características definidoras acuradas, neste estudo, poderão auxiliar o enfermeiro na inferência do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão", em pessoas vivendo com HIV, com maior precisão e segurança e, assim, estabelecer resultados e intervenções de enfermagem com maiores chances de direcionamento e eficácia.

Referências

1. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive

individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther.* 2014;40(2):192-5.

2. Oku AO, Owoaje ET, Oku OO, Monjok E. Prevalence and Determinants of Adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy Amongst People Living with HIV/AIDS in a Rural Setting in South-South Nigeria. *Afr J Reprod Saúde.* 2014;18(1):133-43.

3. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):32-40.

4. Kurth AE, McClelland L, Wanje G, Ghee AE, Peshu N, Mutunga E, et al. An integrated approach for antiretroviral adherence and secondary HIV transmission risk-reduction support by nurses in Kenya. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23(2):146-54.

5. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBS, Costa AGS. Clinical validation of the nursing diagnosis "noncompliance" among people with hypertension. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):611-9.

6. Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl.* 2012;23(3):134-9.

7. Góes FSN, Dalri MCB, Fonseca LMM, Canini SRMS, Scochi CGS. Developing clinical cases to reach diagnostic reasoning. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2014 [cited Oct 22, 2015];16(1):44-51. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a05.pdf

8. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):275-8.

9. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2015/2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.488 p.

10. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 12 jan 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf

11. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):611-9.

12. Fernandes MICD, Bispo MM, Leite EMD, Lopes MVO, Silva VM, Lira ALBC. Diagnostic accuracy of the defining characteristics of the excessive fluid volume diagnosis in hemodialysis patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(6):1057-64.

13. Mendes LC, Sousa VEC, Lopes MVO. Accuracy of diagnosis of the defining characteristics of ineffective

- family therapeutic regimen management. *Acta Paul. Enferm.* 2011;24(2):219-24.
14. Shigdel R, Klouman E, Bhandari A, Ahmed LA. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients in Kathmandu District, Nepal. *HIV AIDS (Auckl)*. 2014;6(2):109-16.
15. Gomez JJ, Mayorga MEC, Pérez JOM, Rojas SLZ, Orozco LCV, Camargo FFA. Prevalence of nursing diagnoses in people with HIV/AIDS. *Enferm Glob.* 2013;12(32):1-10.
16. Carvalho DF, Carvalho DC. Values Intervening in Nursing Care for Clients with HIV/AIDS. *Aquichán.* 2014;14(1):32-40.
17. Rai S, Mahapatra B, Sircar S, Raj PY, Venkatesh S, Shaikat M, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Its Effect on Survival of HIV-Infected Individuals in Jharkhand, India. *PLoS ONE.* 2013;8(6):660-8.
18. Peixoto KSM, Silva RAR, Costa RHS. Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]*. 2015. [cited March 5, 2016];7(1):2123-36. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3410>.
19. Jiamsakul A, Kumarasamy N, Ditangco R, Li PC, Phanuphak P, Sirisanthana T, et al. Factors associated with suboptimal adherence to antiretroviral therapy in Asia. *J Int AIDS Soc.* 2014;16(17):189-95.
20. Krummenacher I, Spence B, Du Pasquier S, Bugnon O, Cavassini M, Schneider MP. Qualitative analysis of barriers and facilitators encountered by HIV patients in an ART adherence programme. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(4):716-24.
21. Oku AO, Owoaje ET, Oku OO, Monjok E. Prevalence and Determinants of Adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy Amongst People Living with HIV/AIDS in a Rural Setting in South-South Nigeria. *Afr J Reprod Saúde.* 2014;18(1):133-43.
22. Weaver ERN, Pane M, Wandra T, Windyaningsih C, Herlina, Samaan G. Factors that Influence Adherence to Antiretroviral Treatment in an Urban Population, Jakarta, Indonesia. *Plos One.* 2014;9(9):1075-43.
23. Gare J, Kelly-Hanku A, Ryan CE, David M, Kaima P, Imara U, et al. Factors Influencing Antiretroviral Adherence and Virological Outcomes in People Living with HIV in the Highlands of Papua New Guinea. *PLoS ONE.* 2015;10(8):1349-58.
24. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther.* 2015;40(2):192-5.
25. Pefura-Yonea EW, Soh E, Kengne AP, Balkissoua AD, Kuaban C. Non-adherence to antiretroviral therapy in Yaounde: Prevalence, determinants and the concordance of two screening criteria. *J Infec Public Health.* 2013;6(4):307-15.

Recebido: 11.4.2016

Aceito: 12.7.2017

Correspondência:

Richardson Augusto Rosendo da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
Av. Senador Salgado Filho, s/n
Bairro: Lagoa Nova
CEP: 59078-970, Natal, RN, Brasil
E-mail: rirosendo@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.