

Apresentação

Prefácio

Relatório dos instrumentos*

Relatório do instrumento**

Relatório do instrumento***

Relatório dos instrumentos****

Relatório final

Créditos

Apresentação

No contexto do esforço do Ministério da Saúde pelo aprimoramento das políticas públicas em DST e aids, a AVALIAÇÃO é tema central de todas as discussões sobre o desenvolvimento e impacto das nossas ações em prol da Saúde Pública e bem-estar da população brasileira.

A adoção das metodologias mais adequadas ao processo avaliativo, que atendam a todas as exigências do rigor e objetividade na delimitação da amplitude de alcance dos resultados e impactos das ações, auxilia no estabelecimento de normas e procedimentos de gestão que contribuam ao aprimoramento da resposta nacional às DST e aids.

Esse processo depende de uma monitoração eficiente das ações por ele previstas; e do desenho de um projeto de avaliação objetivo e eficaz, que subsidie a realização de análise de situação, acompanhamento do grau de implementação das ações e dimensionamento do seu impacto a curto, médio e longo prazos. Entretanto, a gestão e execução das atividades sob avaliação merece igual atenção e acompanhamento. A supervisão faz do planejamento um processo vivo e dinâmico, que permite a adequação e retroalimentação das atividades em curso. A capacitação e desempenho do gestor e do executor na identificação, análise, intervenção rápida e solução de problemas é mais uma garantia da realização, com a qualidade esperada, dos produtos e resultados esperados.

No cumprimento das prerrogativas do Sistema Único de Saúde, o SUS, o Plano Nacional de Avaliação do Programa Brasileiro de DST e Aids, que está a ser implementado pela sua Coordenação Nacional, busca a eficiência no atendimento e satisfação dessas preocupações. Suas diretrizes de ação apoiam-se em 5 princípios fundamentais: (1) participação dos atores envolvidos na implementação das ações, incluindo as populações às quais as atividades são dirigidas, de forma a permitir a contínua apropriação de informações e controle social das políticas públicas; (2) institucionalização - ou incorporação - de um processo (e de uma cultura) de avaliação pelas instituições que executam as ações de prevenção, assistência e controle das DST/aids no País; (3) extensão e aprofundamento na abordagem metodológica, de forma a permitir uma avaliação e compreensão maior das manifestações da epidemia, bem como das suas respostas às nossas políticas de ação implementadas; (4) definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas, a partir de um processo de avaliação que substancie a tomada de decisão pelos gestores de programas e projetos; e finalmente, (5) descentralização e promoção de um modelo de avaliação multicêntrico, adequado ao contexto e infra-estrutura dos órgãos gestores regionais/locais e, ao mesmo tempo, capaz de unificar os seus resultados e conclusões em nível nacional.

Justamente, a divulgação de trabalhos que servem de exemplo à aplicação dessa política é mais do que oportuna, muito bem-vinda. Especialmente selecionada para esta publicação, a Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais de Usuários dos Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à Aids no Estado de São Paulo, que tenho a honra de apresentar ao leitor, reúne méritos indiscutíveis. Além da divulgação de um trabalho pioneiro para o conhecimento da adesão ao tratamento anti-retroviral no Brasil, efetividade da política nacional de disponibilização desses medicamentos, seus resultados e repercussão social, esta edição vem inaugurar a Série Avaliação, projeto de disseminação das informações produzidas por esses estudos no âmbito das DST e do HIV/aids. O objetivo da Série é disponibilizar aos protagonistas envolvidos com a resposta nacional de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da aids, informações estratégicas que possibilitem orientar a tomada de decisão e o aprimoramento do processo de gestão, assim como apresentar um panorama das principais linhas metodológicas e produtos na área de avaliação das ações para a prevenção, assistência e controle da epidemia. A sua seleção de publicações prezará a excelência científico-técnica e a oferta de conteúdos e instrumentais profícuos à reflexão e ao debate de soluções para os atuais desafios da epidemia. O que, certamente, servirá ao aprimoramento da qualidade dos programas de ação e projetos elaborados e implementados pelas diversas instituições

públicas e privadas e organizações comunitárias, que tanto têm contribuído para o êxito do Programa Nacional de DST e Aids.

Paulo R. Teixeira

Coordenador

Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde

Prefácio

Desde 1996, com o uso da terapia anti-retroviral combinada, especialmente com o advento dos inibidores de protease, vem ocorrendo uma mudança progressiva do perfil de morbimortalidade da infecção pelo HIV no Brasil. Nos últimos anos pode ser observada uma redução importante na ocorrência de infecções oportunistas associadas à aids, diminuição das internações hospitalares e nos óbitos secundários à aids, com um aumento significativo na sobrevivência dos indivíduos portadores do HIV. A infecção pelo HIV passou a ser vista como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável. Embora isto esteja relacionado a diversos fatores de melhoria no cuidado clínico e a alguns aspectos epidemiológicos, o papel da terapia combinada foi fundamental nesse novo cenário.

O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais e a demonstrar que os gastos com a terapia anti-retroviral é, em grande parte, compensado pela redução de gastos com medicamentos para tratamento das infecções oportunistas e das internações hospitalares decorrentes dessas afecções.

O tratamento anti-retroviral combinado, além de proporcionar ao indivíduo infectado pelo HIV uma maior sobrevivência, proporciona também um aumento na sua qualidade de vida, relacionado diretamente com uma melhor condição física e emocional. Dessa forma, esses indivíduos, que em sua maioria estão em idade economicamente ativa, podem permanecer produtivos, não consumindo, portanto, recursos da Seguridade Social para o pagamento de benefícios tais como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Nesse contexto, a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico dessa doença, desde que a não adesão ao tratamento anti-retroviral está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falha da terapia e surgimento de cepas virais multirresistentes. Assim, todo o investimento do Ministério da Saúde para a disponibilização das drogas anti-retrovirais, bem como da tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos, se não forem elaboradas e padronizadas algumas estratégias que visem aumentar a adesão do paciente portador de HIV/ AIDS ao tratamento.

O projeto de "Avaliação da adesão ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo" demonstrou a importância do papel dos serviços de saúde na superação das dificuldades dos pacientes relacionadas com o tratamento e, conseqüentemente, para o uso adequado dos medicamentos. Baseado nessa premissa, várias ações têm sido desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids, em parceria com os programas estaduais e municipais, Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e empresas farmacêuticas, como a realização de oficinas para capacitação de facilitadores de grupo adesão de unidades de saúde e ONG, elaboração de material educativo de adesão dirigido para pacientes e profissionais de saúde e a realização de dois projetos de pesquisas avaliativas (em andamento) de abrangência nacional, que tem por objetivo avaliar a "Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à Aids no Brasil" e a "Adesão ao

Tratamento Anti-retroviral nos Serviços Públicos de Atenção à Aids no Brasil". A finalidade dos dois estudos é fornecer a todos os níveis de gerência dos Programas de DST e Aids, instrumentos para aprimorar a qualidade da assistência, incluindo, em especial, assistência aos pacientes para melhoria da adesão ao tratamento.

O estudo que trabalhou com a adesão reportada pelo usuário nos três dias que antecederam a entrevista, considerando aderentes todos os que tomaram 80% ou mais do total de comprimidos prescritos, obteve uma **prevalência de adesão de 69%**, entre os mais de mil pacientes entrevistados. Estudos similares realizados em Baltimore (202 pacientes), Londres (114 pacientes) e San Francisco (388 pacientes) obtiveram taxas semelhantes de 60%, 75% e 78%, respectivamente.

Agradecimentos à colaboração especial

Esta avaliação foi realizada com intensa colaboração das equipes de todas as unidades. Além do grupo que se responsabilizou pela condução científica, estas pessoas tiveram participação especial na viabilização de todo o processo:

M Cristina FJ Ilário (Campinas), M Regina Lacerda (Santos), Neide B Abreu (Sorocaba), M Cecília GC Nogueira (Cubatão), Moisés FB Taglieta (Piracicaba) e Fátima RAL Neves (Ribeirão Preto), que integraram o "grupo-tarefa" da avaliação, pela participação no desenho e pré-teste do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuários e na condução do treinamento dos profissionais na coleta de dados.

Mary F. Gonçalves, supervisora de campo de pesquisas em saúde, técnica aposentada do Dep. de Medicina Preventiva- FMUSP, pela colaboração em todas as fases do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuários.

Márcia Brandimiller e Laura Bugamelli, do CRT, e Angela A Capozzolo, da UNIFESP, pela participação no controle da coleta de dados do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuários.

Júlio B Pacca, do CRT, pela participação no desenho do Instrumento - Questionário Estruturado para Características de Estrutura de Processos e Serviços.

Michele Jordan e Érica Okazaki, acadêmicas da Faculdade de Medicina da USP, pela colaboração na revisão bibliográfica inicial, no pré-teste do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuários e no desenho do relatório final.

Elisa Sudo, da Coordenação Nacional e à Sílvia HP Moraes de Ribeirão Preto, pelas sugestões no desenho do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuários e colaboração especial na oficina de treinamento para a coleta de dados.

Murilo Mota, da UFRJ, pela participação no pré-teste do Instrumento - Entrevista Semi-estruturada com usuários.

Maria Cláudia Nascimento, doutoranda da FMUSP, e Cáritas Relva Basso, do CRT, pelas

sugestões na codificação e na análise dos esquemas de medicamentos.

Beatriz C Cotrim, Lilia B Schraiber, Paulo R Menezes, docentes do Dep. Medicina Preventiva - FMUSP, pelas sugestões nos desenhos dos Instrumentos - Questionário Estruturado Para Usuários e Entrevista Semi-estruturada com Usuários.

Miriam Regina de Souza , do Dep. Medicina Preventiva - FMUSP, pelo especial apoio na montagem do banco de dados e do relatório final.

Equipe técnica e funcionários do CRT e docentes e funcionários do Dep. de Medicina Preventiva da FMUSP, pelo apoio e colaboração em todas as fases.

Agradecemos a colaboração graciosa e generosa dos amigos Alexandre Silva, Aloysio J. Gonçalves, Carlos Koyama e Francisco Calado.

Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários dos ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil.

- . Programa Estadual de DST e Aids - Secretaria Estadual da Saúde -São Paulo
- Coordenação Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde
- Programas Municipais de DST e Aids/SP
- Direções Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde – São Paulo
- Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da USP.

Setembro – 1999

Serviços de saúde participantes por Direção Regional de Saúde

I São Paulo

- Centro de Referência ao Tratamento DST/aids / SES. São Paulo
- Casa da Aids / HC-FMUSP/ Fund. Zerbini. São Paulo

II Santo André

- Amb. Municipal DST/aids - UBS central/ SMS. Mauá
- SAE DST/aids da Clínica Mun. De Especialidades / SMS. São Bernardo do Campo
- Amb. de referência Moléstias Infecciosas/ SMS. Santo André

III Mogi das Cruzes

- Amb. De M.I. "Walter Belda"- Compl. Hosp. Padre Bento (CHPBG)/ SMS. Guarulhos

IV Franco da Rocha

- Ambulatório de Especialidades/ SES. Franco da Rocha

V Osasco

- SAMEB – Serviço de Assistência Médica de Barueri/ SMS. Barueri
- Amb Infectologia da Policlínica Zona Norte/ SMS. Osasco X Bauru
- SMI / SAE – Seção de Moléstias Infecciosas/ SMS. Bauru
- NGA - 25 – DST/aids / SES. Jaú

XII Campinas

- AMDA – Ambulatório municipal de DST/aids. Campinas
- Ambulatório de Moléstias Infecciosas/ SMS. Jundiaí

XIX Santos

- CR Aids/ SMS. Santos
- SAE DST/aids / SMS. São Vicente
- Núcleo de Vigilância à Saúde / SES. Cubatão

XV Piracicaba

- CEDIC -Centro de Doenças Infectocontagiosas/ SMSPiracicaba

XVI Presidente Prudente

- UBS ou Centro de Saúde I / SMS. Pres. Prudente

XVIII Ribeirão Preto

- CIAFI I «Luiz Antônio Bernal» / SMS. Jaboticabal
- Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado”/ FMRPUSP. Ribeirão Preto
- UETDI – Unidd Especial de Tratam. de D.Infec./ HC-FMRPUSP. Ribeirão Preto
- Amb DST/aids da UBDS Central da SMS. Ribeirão Preto

XXI São José dos Campos

- Unidade de Especialidades de Saúde SMS. S. José dos Campos

XXII São José do Rio Preto

- Amb. DST/aids do Hospital de Base / SES. S.J. Rio Preto
- Ambulatório de Especialidades - DST/aids / SMS. S.J. Rio Preto

XXIII Sorocaba

- Amb. de MI – DST/aids do Cjto. Hosp. de Sorocaba/ SES. Sorocaba
- Clínica Municipal de DST/aids. Sorocaba

Relatório dos instrumentos*

Avaliação de Características de Estrutura e Processo dos Serviços de Saúde

*Elen Rose Lodeiro Castanheira**

*Maria Inês Baptistella Nemes**

Este relatório resume as características de estrutura e processo dos serviços ambulatoriais de aids do Estado de São Paulo, como parte do projeto de avaliação da aderência aos anti-retrovirais (ARV) . Por se tratar de análise de um dos instrumentos da avaliação, as evidências aqui contidas devem ser tomadas em conjunto com as obtidas pelos demais instrumentos da pesquisa.

- **Introdução**

- **Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids**

- **Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes**

- **Indicadores de Estrutura e Processo**

**Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/São Paulo - SP*

Relatório do instrumento**

Prevalência da Aderência e Fatores Associados

*Maria Inês Baptistella Nemes**

*Maria de Fatima Marinho de Souza**

*Artur O. Kalichman***

*Alexandre Grangeiro****

*Rosa de Alencar Souza***

*João França Lopes *****

Este relatório resume a descrição das características da população estudada, a medida da aderência e a análise dos dados colhidos em entrevistas realizadas pelos serviços ambulatoriais de aids do Estado de São Paulo como parte do projeto de avaliação da aderência aos anti-retrovirais (ARV) . Como se trata de análise de um dos instrumentos da avaliação, as evidências aqui contidas devem ser tomadas em conjunto com as obtidas pelos demais instrumentos da pesquisa.

• Instrumento

• Metodologia

• Resultados

• Discussão

** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/São Paulo*

*** Programa Estadual DST e Aids SES-SP*

**** Coordenação Nacional do Programa DST e Aids do Brasil – MS*

***** Acadêmico em Medicina da Faculdade de Medicina da USP/São Paulo, aluno de Iniciação Científica do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP*

• Agradecemos ao trabalho de Mary Franklim Gonçalves, em todas as fases desta pesquisa, especialmen-te no treinamento e supervisão da coleta de dados e no auxílio à montagem e consolidação do banco de dados.

Relatório do instrumento***

Instrumento

Relatório do Instrumento:

Entrevista Semi-estruturada com Usuário

Análise Qualitativa de Entrevistas Semi-estruturadas com Usuários

*Maria Inês Baptistella Nemes**

*Regina Melchior***

*Michele da Silva Jordan ****

*Érica Okazaki****

*Clarissa Lumi Komatsu ****

Este relatório resume a análise de 34 entrevistas semi-estruturadas realizadas pelos serviços ambulatoriais de aids do Estado de São Paulo, como parte do projeto de avaliação da aderência aos anti-retrovirais (ARV). Por se tratar de análise de um dos instrumentos da avaliação, as evidências aqui contidas devem ser tomadas junto às obtidas pelos demais instrumentos da pesquisa.

• Instrumento

• Metodologia

• Resultados e Discussão

** Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina da USP/São Paulo-SP*

*** Enfermeira-sanitarista, mestranda do Departamento de Epidemiologia da Fac.Saúde Pública-USP.*

**** Acadêmicas em Medicina da FMUSP, alunas de iniciação científica do Departamento de Medicina Preventiva.*

Relatório dos instrumentos****

Relatório dos Instrumentos:

- . Observação do Processo de Trabalho**
- . Entrevista Semi-estruturada com Profissionais**

Características Tecnológicas do Processo de Trabalho em Serviços de Saúde Selecionados

*Elen Rose Lodeiro Castanheira**

*Ângela Aparecida Capozzolo***

*Maria Inês Baptistella Nemes**

Este relatório resume as características do processo de trabalho assistencial nos serviços ambulatoriais de assistência à aids do Estado de São Paulo, como parte do projeto de avaliação da aderência aos anti-retrovirais. Por se tratar de análise de um dos instrumentos da avaliação, as evidências aqui contidas devem ser tomadas em conjunto com as obtidas pelos demais instrumentos da pesquisa.

• Instrumentos

• Introdução

• Resultados

** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/São Paulo - SP.*

*** Médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola da UNIFESP-Doutoranda do Departamento de Medicina Prev. e Social – Fac. Ciências Médicas da UNICAMP/São Paulo - SP.*

Relatório dos instrumentos*

Introdução

Descreve-se aqui as informações coletadas a partir da caracterização e histórico do atendimento ambulatorial a pacientes com HIV/aids, da avaliação de estrutura e processo segundo a opinião dos dirigentes e, também, pelos indicadores de estrutura e processo. Por meio dessas informações, as unidades de saúde, participantes da avaliação, serão classificadas segundo diferentes atributos.

O objetivo geral é realizar uma caracterização das unidades quanto a aspectos ligados à estrutura e ao processo de prestação de assistência, tanto com a finalidade de reconhecer a organização dos serviços que integram o estudo, como para uma posterior identificação e avaliação das características associadas ao uso de anti-retrovirais (ARV) quando analisadas por referência aos níveis de aderência que serão aferidos por outros instrumentos.

Os dados coletados referem-se a:

Instrumento - Descrição Histórica e Caracterização Geral das Atividades do Serviço;

Instrumento - Questionário Estruturado de Apreciação do Dirigente Sobre a Qualidade do Serviço; e

Instrumento - Questionário Estruturado Sobre Características de Estrutura e Processo.

Os formulários foram respondidos entre janeiro e março de 1998 pelas 27 unidades que então se propuseram a participar do processo de avaliação de aderência aos ARV. Desse total, uma unidade, Catanduva, não se manteve na pesquisa nos momentos seguintes e houve a inclusão da unidade “Casa da Aids”, mantendo-se o mesmo número de serviços.

As 27 unidades estão distribuídas em 22 municípios vinculados a 14 DIR (Tabela I). Do total, 18 unidades estão ligadas às Prefeituras Municipais (SMS), 6 serviços estão diretamente ligados à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e 3 a estruturas universitárias com convênio de prestação de serviços ao SUS.

O nome dos serviços será citado inicialmente para que se reconheça quais são as unidades que participaram da pesquisa e quais suas características gerais. Todas as classificações propostas não identificarão os serviços a que se referem, mantendo-se a discussão em torno das características assumidas pelas diferentes “tipologias “ de serviços que puderam ser reconhecidas.

Foram utilizadas escalas crescentes de pontuação para classificação das unidades, indo-se sempre do “menos desejável”, com menor

pontuação, para o “mais desejável”, com pontuação maior. Priorizou-se para o corpo do relatório as informações mais importantes para análise e que foram utilizadas na tipificação das unidades.

Ao final da leitura dos três instrumentos foi construída uma classificação geral que mescla as diferentes informações e propõe sub-conjuntos de unidades agregadas. Essa tipologia possibilitará a testagem posterior da relação dos perfis dos serviços com os níveis de aderência.

Tabela 1

Unidades participantes do projeto, por DIR, instituição mantenedora e município

DIR	Unidades / Instituição Mantenedora	Municípios
I. São Paulo	Centro de Referência ao Tratamento DST/Aids / SES	São Paulo
	Casa da Aids / HC-FMUSP/ Fundação Zerbini	São Paulo
II. Santo André	Amb. Municipal DST/Aids - UBS central/ SMS	Mauá
	SAE DST/Aids da Clínica Mun. de Especialidades / SMS	São Bernardo do Campo
	Amb. Referência Moléstias Infecciosas/ SMS Stº André	Santo André
III. Mogi das Cruzes	Amb de M.I. “Walter Belda” - Compl. Hosp. Padre Bento (CHPBG)/ SMS Guarulhos	Guarulhos
IV. Franco da Rocha	Ambulatório de Especialidades/ SES de São Paulo	Franco da Rocha
V. Osasco	SAMEB – Serviço de Assistência Médica de Barueri/ SMS de Barueri	Barueri
	Amb Infectologia da Policlínica Zona Norte/ SMS	Osasco
X. Bauru	SMI / SAE – Seção de Moléstias Infecciosas/ SMS	Bauru
	NGA - 25 – DST/aids / SES de São Paulo	Jaú
XII. Campinas	AMDA – Ambulatório municipal de DST/Aids	Campinas
	Ambulatório de Moléstias Infecciosas/ SMS	Jundiaí
XIX. Santos	CRAIDS/ SMS de Santos	Santos
	SAE – DST/Aids / SMS São Vicente	S. Vicente
	Núcleo de Vigilância à Saúde / SES de São Paulo	Cubatão
XV.Piracicaba	CEDIC –Centro de Doenças Infectocontagiosas/ SMS Piracicaba	Piracicaba
XVI.Presidente Prudente	UBS ou Centro de Saúde I / SMS	Presidente Prudente
XVIII. Ribeirão Preto	CIAFI I “Luiz Antônio Bernal” / SMS Jaboticabal	Jaboticabal
	Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado”/ Fac. Medicina Rib. Preto USP	Ribeirão Preto
	UETDI – Unidade Especial de Tratamento D. Infecciosas/ Hospital das Clínicas – Fac. Medicina Rib. Preto USP	Ribeirão Preto
	Ambulatório de DST/Aids da UBDS Central (Unidade Básica Distrital de Saúde) / SMS de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto
XXI. São José Campos	Unidade de Especialidades de Saúde	São José dos Campos
	SMS São José dos Campos	Campos
XXII. São José do Rio Preto	Amb. DST/Aids do Hospital de Base / SES de São Paulo	São José do Rio Preto
	Ambulatório de Especialidades DST/Aids /	Preto

XXI. São José Campos	Unidade de Especialidades de Saúde SMS São José dos Campos	São José dos Campos
XXII. São José do Rio Preto	Amb. DST/Aids do Hospital de Base / SES de São Paulo	São José do Rio Preto
	Ambulatório de Especialidades DST/Aids / SMS São José do Rio Preto	São José do Rio Preto
XXIII. Sorocaba	Amb. de MI - DST/Aids do Cjto. Hosp. de Sorocaba/ SES	Sorocaba
	Clinica Municipal de DST/Aids de Sorocaba	Sorocaba
27 Unidades		22 municípios

- Introdução

- Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids

- Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes

- Indicadores de Estrutura e Processo

Relatório dos instrumentos*

Caracterização e histórico do atendimento ambulatorial a pacientes HIV/aids

Em seu conjunto, os relatos históricos das 27 unidades traçam uma panorâmica do processo de transformação da assistência a pacientes com HIV/aids, desde o início de sua implantação nos serviços públicos do Estado de São Paulo na primeira metade dos anos 80. Tornam visível o processo de diversificação das formas de assistência, com a implantação de ADT, CTA e HD em diversas unidades, e com a ampliação da assistência do tipo ambulatorial, particularmente nos últimos 4 anos.

Entre os serviços que integram o universo da pesquisa, os mais antigos são: o atual CRT e o programa de Piracicaba (1983), São José dos Campos (1984) e Guarulhos (1985), seguidos por Ribeirão Preto, São Vicente e pelo ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto (1986). Os serviços mais recentes são os de Barueri, Bauru e Cubatão (1992), e os serviços municipais de Sorocaba (1993) e São José do Rio Preto (1995).

Os serviços participantes são muito diferentes no que se refere à estrutura física, organizacional e gerencial, com graus de complexidade e abrangência distintos. Serão a partir daqui identificados numericamente.

Com pequenas variações, o total dos serviços inicia o uso dos novos esquemas terapêuticos com ARV, com a incorporação de inibidores de protease, entre o terceiro trimestre de 1996 e o primeiro trimestre de 1997.

As informações apresentadas nesse instrumento serão utilizadas centralmente, para uma diferenciação entre as unidades quanto ao grau de complexidade de suas estruturas. Para tanto, uma primeira diferenciação pode ser feita separando-se dois grandes grupos, o dos programas que se integram a serviços ambulatoriais que possuem outras áreas de assistência e aqueles que são exclusivamente serviços especializados na assistência à DST/aids.

Os primeiros estão inseridos em serviços de referência com diferentes ambulatórios de especialidades e não possuem uma estrutura física dedicada apenas ao Programa de DST e Aids, muitas vezes compartilhando também parte da equipe técnica que trabalha simultaneamente com outras áreas de assistência. A estes serviços chamaremos de “Ambulatórios de especialidades”, ou simplesmente “ambulatórios”, com grau de complexidade 1. O segundo grupo de

serviços diz respeito àqueles cuja equipe técnica e estrutura física e material encontram-se exclusivamente voltados para o Programa. A estes estaremos denominando “Serviços especializados”, ou simplesmente “Serviços” com grau de complexidade 2.

Uma segunda diferenciação pode ser feita a partir da identificação das modalidades assistenciais oferecidas numa mesma unidade. Considerando-se como indicativo de graus de complexidade crescente uma maior diversidade da oferta. Por este critério as unidades foram classificadas em 4 níveis, aos quais se atribuiu pontuação crescente de 1 a 4:

1. Só assistência médica ambulatorial (SAE)
2. Duas modalidades assistenciais (SAE e CTA ou SAE e HD ou SAE e ADT)
3. Três modalidades (SAE, CTA e HD ou SAE, HD e ADT ou SAE,HD e enfermaria)
4. Todas as modalidades assistenciais (SAE, CTA, ADT, HD e enfermaria)

Um terceiro aspecto diferenciador diz respeito ao número de pacientes em uso de ARV, muito diverso entre as unidades participantes, variando entre 24 e 1.535 pacientes.

Este dado não mostrou poder discriminatório como característica isolada na diferenciação dos serviços, mesmo quando posto em relação com os procedimentos diretamente vinculados ao uso dos ARV, como orientação ou dispensação de medicamentos. Por outro lado, os recursos humanos e materiais requeridos para o acompanhamento de universos tão distintos de pacientes coloca este dado como mais um fator de diferenciação dos serviços quanto à complexidade da estrutura. Para tanto, subdividiu-se as unidades quanto ao número de pacientes em uso de ARV no período enfocado por este estudo, em três subgrupos: (1) - de 24 a 100 pacientes; (2) - entre 100 e 200; (3) - entre 200 e 500 pacientes; e (4) – acima de 500.

Tabela II

Classificação das unidades segundo número de pacientes em uso de ARV em quatro extratos com pontuação crescente

Unidades	Pacientes em uso de ARV	Pontuação
7	24	1
9	43	1
1	45	1
10	65	1
12	98	1
6	111	2
13	119	2
16	130	2
20	131	2
25	132	2
24	142	2
15	151	2
2	159	2
21	176	2
14	180	2
27	187	2
18	195	2
3	220	3
22	256	3
26	302	3
8	322	3
11	353	3
23	387	3
17	501	3
19	1085	4
4	1531	4
5	1535	4

Da combinação ponderada destas três características, consideradas com pesos equivalentes entre si, obteve-se uma pontuação que caracteriza graus de complexidade crescente (Tabela III).

Esta classificação pode ser subdividida em três grandes grupos de complexidade, segundo os seguintes critérios:

Nível 1 – Concentra as unidades de menor complexidade, quase todas estão inseridas em estruturas não especializadas em DST/aids, com uma única exceção, oferecem no máximo duas modalidades assistenciais e acompanham até 160 pacientes em uso de ARV. Pontuação de 3 a 5 da Tabela III.

Nível 2 – São serviços de média complexidade, que atendem entre 130 e 500 pacientes em uso de ARV. Em sua maioria são também unidades não exclusivamente dedicadas à assistência em DST/aids, mas que atendem a um grande número de pacientes e oferecem duas ou mais modalidades assistenciais. Pontuação entre 6 e 7.

Tabela III

Classificação das unidades segundo complexidade da estrutura, de acordo com número de pacientes em uso de ARV, tipo de serviço e modalidades assistenciais

Unid.	Nº pac. ARV	Tipo de serviço	Modalidades assistenciais	Pontos	Nível de complexidade
7	24 (1)	Amb (1)	SAE (1)	3	1
9	43 (1)	Amb (1)	SAE (1)	3	1
10	65 (1)	Amb (1)	SAE (1)	3	1
1	45 (1)	Amb (1)	SAE + CTA (2)	4	1
6	111 (2)	Amb (1)	SAE (1)	4	1
12	98 (1)	Amb (1)	SAE+ CTA (2)	4	1
13	119 (2)	Amb (1)	SAE (1)	4	1
16	130 (2)	Amb (1)	SAE (1)	4	1
2	159 (2)	Amb (1)	SAE + ADT (2)	5	1
15	151 (2)	Amb (1)	SAE + CTA (2)	5	1
24	142 (2)	Amb (1)	SAE + HD (2)	5	1
25	132 (2)	Serv (2)	SAE (1)	5	1
18	195 (2)	Amb (1)	SAE + CTA+ ADT (3)	6	2
21	176 (2)	Amb (1)	SAE + CTA+ HD (3)	6	2
22	256 (3)	Amb (1)	SAE + ADT (2)	6	2
8	322 (3)	Amb (1)	SAE + HD+ Enf.(3)	7	2
11	353 (3)	Amb (1)	SAE + CTA+HD (3)	7	2
17	501 (3)	Amb (1)	SAE + HD+ Enf. (3)	7	2
20	131 (2)	Amb (1)	SAE + CTA+ HD + ADT(4)	7	2
23	387 (3)	Amb (1)	SAE + HD+ Enf.(3)	7	2
26	302 (3)	Amb (1)	SAE + CTA+ HD (3)	7	2
14	180 (2)	Serv (2)	SAE +CTA+HD (3)	7	2
3	220 (3)	Serv (2)	SAE + ADT + HD (3)	8	3
27	187 (2)	Serv (2)	SAE + CTA+ HD+ ADT(4)	8	3
19	1085 (4)	Serv (2)	SAE + HD + ADT (3)	9	3
4	1531(4)	Serv (2)	SAE + CTA+ HD+ ADT (4)	10	4

3	220 (3)	Serv (2)	SAE + ADT + HD (3)	8	3
27	187 (2)	Serv (2)	SAE + CTA+ HD+ ADT(4)	8	3
19	1085 (4)	Serv (2)	SAE + HD + ADT (3)	9	3
4	1531(4)	Serv (2)	SAE + CTA+ HD+ ADT (4)	10	4
5	1535 (4)	Serv (2)	SAE + CTA+ HD+ ADT (4)	10	4

Nível 3 – São as unidades de maior complexidade, todos são serviços especializados em DST/aids, oferecem três ou mais modalidades assistenciais e atendem entre 180 a 1535 pacientes. Pontuação de 8 a 10.

Os últimos aspectos que merecem destaque no Instrumento -Histórico de Serviços são as dificuldades e facilidades destacadas com maior frequência pelas unidades.

Foram arrolados um conjunto diversificado de problemas e de fatores facilitadores para a efetivação de uma assistência de qualidade. Chama atenção que o núcleo das dificuldades e, simultaneamente, o grande fator de viabilização das ações, apontado com maior frequência, são os recursos humanos.

As principais dificuldades reconhecidas pelos serviços podem ser agrupadas como sendo relativas a:

- 1. Recursos humanos:** quantidade insuficiente, sobrecarga da equipe existente com atividades não ligadas ao Programa, necessidade de treinamentos e reciclagens; citado por 14 unidades.
- 2. Cobertura assistencial:** dificuldade em responder à pressão da demanda, falta de outros serviços para referência e contra-referência, falta de retaguarda hospitalar; citado por 10 unidades.
- 3. Capacidade gerencial:** necessidade de maior integração entre a equipe, falta de coordenação gerencial, necessidade de ampliar a supervisão técnica da equipe, falta de acessórias e de integração com as autoridades locais; citado por 7 unidades.
- 4. Retaguarda laboratorial básica:** insuficiência no número de exames disponíveis para CD4/CD8 e CV, de exames em geral e de sorologia para HIV; citado por 7 unidades.
- 5. Espaço físico e infra estrutura:** inadequação do espaço, falta de salas e consultórios, falta de material, necessidade de informatização; citado por 6 unidades.
- 6. Acesso a outros medicamentos:** dispensação feita em outro serviço, falta de suprimento adequado; citado por 3 unidades

7. Carência de recursos financeiros: falta de recursos na unidade, política salarial desestimulante. citado por 3 unidades.

8. ARV: demora para dispensação para os casos novos, dispensação em outro serviço dificultando o acesso, descontinuidade no suprimento; citado por 2 unidades.

No item mais valorizado, recursos humanos, a dificuldade mais freqüentemente referida pelos serviços é a escassez numérica de recursos e a carência de mecanismos de capacitação e fixação dos recursos existentes. Por outro lado, a facilidade citada com maior destaque foi o grau de compromisso e dedicação das equipes existentes, que em muitas unidades procuram garantir a qualidade do Programa mesmo em condições de trabalho adversas.

- Introdução

- Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids

- Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes

- Indicadores de Estrutura e Processo

Relatório dos instrumentos*

Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes

A avaliação de estrutura e processo foi efetuada a partir de um questionário com o qual se obteve a opinião dos dirigentes. O questionário foi composto por 31 questões com 5 alternativas de resposta – muito boa, boa, regular, ruim e péssima - às quais foram atribuídos pesos correspondentes de 5 a 1.

As questões referiam-se aos seguintes aspectos:

- Instalação física, acesso geográfico, equipamentos e recursos materiais;
- Disponibilidade de exames laboratoriais em geral e de CD4 e CV em particular;
- Suprimento de medicação em geral e de ARV;
- Quantidade, capacitação e desempenho de recursos humanos de nível universitário e não universitário e dos médicos em especial;
- Relação inter-equipe e equipe – usuário;
- Horário de funcionamento, sistema de agendamento;
- Atendimento à demanda espontânea;
- Sistema de referência e contra-referência;
- Qualidade do acolhimento, assistência e orientação dada pela equipe e pelos médicos;
- Fornecimento e orientação de ARV; e
- Desempenho gerencial.

Para o conjunto das categorias consideradas, a distribuição das notas por unidade mostrou uma grande concentração no nível bom e muito bom, denotando a tendência a uma avaliação positiva das unidades pelos dirigentes locais e uma aparente homogeneidade da qualidade entre elas. Além disso, as categorias avaliadas que mereceram as piores notas – quantidade de recursos humanos, estrutura física e referência e contra- referência – eram todas “externas” à unidade, ou seja, não eram de responsabilidade direta da gerência local.

Essas características da avaliação dos dirigentes apontam certa dificuldade de apreciação crítica por parte da gerência local, que ao dar “notas” ao trabalho de sua unidade tende a superestimá-lo, o que pode ser depreendido pela comparação com as informações fornecidas pela mesma equipe nos Instrumentos - Histórico dos Serviços, e Questionário Estruturado de Apreciação do Dirigente Sobre Qualidade do serviço. Por outro lado, ainda que como exceção, alguns dirigentes tenderam a ter um padrão de julgamento desproporcionalmente rigoroso em relação às condições descritas nos outros instrumentos, rebaixando as notas de sua

unidade.

Em função dessa apreciação, as notas foram reagrupadas segundo uma nova escala de pesos :

- Muito bom = bom (3)
- Bom = regular (2)
- Regular, ruim e muito ruim = ruim (1)

Essa nova escala estabeleceu um grau maior de exigência à leitura dos aspectos postos em avaliação, aceitando-se como “bom” apenas o que foi avaliado como “muito bom”, tendo como padrão médio o nível 2, e agrupando os três outros como ruins.

Da apreciação das 31 questões, pode-se eleger as categorias de maior expressão, de acordo com sua importância e padrão de resposta não homogêneo, agrupando-as em 6 sub-conjuntos de modo a permitir uma leitura mais concisa das avaliações dos dirigentes, conforme se segue:

1. Condições de acesso ao serviço e à assistência:

- Acesso geográfico;
- Atendimento à demanda espontânea;
- Horário da unidade; e
- Sistemática de agendamento.

2. Disponibilidade e qualidade de recursos humanos:

- Quantidade de médicos, pessoal de nível universitário e demais profissionais;
- Capacitação de médicos, pessoal de nível universitário e demais profissionais;
- Desempenho de médicos, pessoal de nível universitário e demais profissionais; e
- Relacionamento interno da equipe.

3. Relação serviço/usuários (acolhimento e orientações):

- Relacionamento equipe/usuário;
- Orientações aos usuários;
- Orientações sobre ARV;
- Acolhimento pela equipe; e
- Acolhimento médico.

4. Acesso à retaguarda laboratorial:

- Disponibilidade de CD4/CD8;
- Disponibilidade de CV; e
- Disponibilidade de exames laboratoriais

5. Acesso à retaguarda assistencial:

- Sistema de referência; e
- Sistema de contra-referência.

6. Acesso a medicamentos e ARV:

- Suprimento de medicamentos em geral; e
- Fornecimento de ARV.

Considerando a distribuição das notas atribuídas pelos dirigentes para cada um desses conjuntos é que se fará a análise das informações do Instrumento - Questionário Estruturado de Avaliação do Dirigente sobre Qualidade do Serviço.

Para uma apreciação mais geral da avaliação dos dirigentes, procedeu-se a uma classificação geral correspondente à média dos pontos conferidos a cada atributo, de acordo com o critério bom (3), regular (2) ou ruim (1), como pode ser observado na Tabela IV. Com os ajustes realizados observa-se um padrão médio de avaliação para o conjunto de categorias escolhidas, com um gradiente que varia entre a média de 1,46 e 2,31, para valores definidos entre 1 e 3.

A pior avaliação dos dirigentes recai sobre o recurso à referência e à contra-referência, seguida das dificuldades de acesso a exames laboratoriais, cujo componente principal é a Carga Viral.

Tabela IV

Distribuição das unidades segundo média das notas atribuídas pelos dirigentes para 6 conjuntos de categorias, com notas variando entre 1 (ruim), 2 (bom) e 3 (muito bom)

Unid.	Acesso	RH	Acolh/Orient	Ex/Cd4/CV	Ref/CtrRef	Med/ARV	Média
7	1,25	1,38	1,66	1	1	2,5	1,46
2	2	1,66	1,66	1	1	2	1,55
24	1,5	1,66	2,33	1	1,5	1,5	1,58
10	2,25	1,33	2	1,66	1	1,5	1,62
8	1,75	1,66	2	2	1	1,5	1,65
9	1	1,66	2,33	2	1	2	1,66
13	2,25	2,11	2,33	1,33	1	1	1,67
26	1,75	2,27	2	1	2	1	1,67
21	1,75	1,83	1,33	1,66	1,5	2	1,67
5	2	1,61	1	2	1	2,5	1,68
12	1,75	1,94	2,33	1,66	1	1,5	1,69
19	1,75	1,66	1,66	1,66	1,5	2	1,7
1	2	1,33	2,6	1,33	1	2	1,71
17	1,5	1,88	2	2	1,5	1,5	1,73
23	1,5	1,88	2	2	1,5	1,5	1,73
20	2	1,77	1,66	1,66	1,5	2	1,76
22	1,5	1,99	2	1,66	1,5	2	1,77
11	2,5	1,72	2,33	1	1	2,5	1,84
15	2,25	2,11	1,33	3	1,5	1,5	1,94
18	2	2,22	2,33	1,66	1,5	2	1,95
3	2,5	2,44	2	1,33	1	2,5	1,96
14	2,75	2,16	2,6	1,66	1,5	1,5	2,02
6	2,5	2,05	3	1,66	1	2	2,03
25	2,75	1,88	2,6	1,66	1,5	2	2,06
16	2	2,55	3	1,66	1,5	2,5	2,2
27	2,5	2,77	2,6	2	2	2	2,31
Média p/ Cjto. categorias	1,97	1,9	2,1	1,62	1,3	1,86	1,79

Podemos observar uma diferenciação entre as unidades em três grupos, abaixo do patamar médio de avaliação – unidades 7, 2, 24, 10 e 8 (médias até 1,65), um grande patamar com avaliação homogênea, e acima deste, as unidades 15,18,3,14, 6, 25, 16 e 27 (médias superiores a 1,94) – como as unidades melhor avaliadas por seus dirigentes.

Considerando a importância das informações sobre Recursos Humanos, é interessante examinar com maior detalhamento a composição das médias apresentadas em relação a este item.

Tabela V

Classificação das unidades segundo apreciação dos dirigentes em relação a desempenho, capacitação e quantidade de recursos humanos

Unidades	Despesa Med	Despesa NU	Despesa Aux	Capt Med	Capt NU	Capt Aux	Qtd Med	Qtd NU	Qtd Aux
1	2	2	1	2	2	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
3	2	2	2	3	3	2	3	3	3
5	1	1	1	2	1	1	3	1	2
6	3	2	2	3	2	2	3	2	1
7	2	1	1	2	1	1	1	1	1
8	3	2	3	2	2	2	1	1	1
9	3	3	2	2	2	1	1	1	1
10	2	2	2	1	1	1	1	1	1
11	2	2	2	2	1	1	2	1	2
12	2	2	2	3	2	1	2	1	1
13	3	2	2	3	3	2	1	1	2
14	3	3	3	3	2	2	2	1	3
15	3	3	1	3	3	1	2	1	1
16	3	3	2	3	3	3	3	2	2
17	2	2	2	2	2	1	1	1	2
18	3	2	2	3	3	2	2	1	1
19	2	2	2	1	1	2	2	2	1
20	3	2	2	2	2	1	1	1	1
21	2	1	1	2	1	1	2	1	2
22	2	2	2	2	2	1	1	3	1
23	2	2	1	2	2	1	1	1	1
24	1	1	2	1	1	1	2	1	1
25	3	2	2	2	2	2	1	1	1
26	3	2	2	3	2	2	2	1	1
27	3	3	3	3	3	3	3	2	2
Soma	62	53	49	59	51	39	46	35	37

De acordo com os dados condensados na Tabela V, há uma diferenciação em relação à avaliação dos dirigentes quanto ao desempenho, capacitação e quantidade de recursos humanos disponíveis e, também, quanto ao tipo de recurso, se médicos, outros profissionais de nível universitário ou auxiliares. Observa-se a tendência a uma gradação decrescente das avaliações desses critérios nos três grupos referidos.

Chama atenção como, coerentemente com o Instrumento - Histórico

dos Serviços, o diagnóstico da carência numérica é acompanhado pela avaliação de um bom desempenho. Os médicos destacam-se como o recurso melhor avaliado nas três dimensões, ficando os auxiliares com o outro extremo, exceção feita à identificação de uma maior carência numérica de recursos de nível universitário.

Dos agrupamentos até aqui apresentados com a finalidade de classificar as unidades, foram eleitos os três primeiros subconjuntos de categorias, “condições de acesso ao serviço e à assistência”; “disponibilidade e qualidade dos recursos humanos” e as “relações serviço/usuários”, a partir dos quais foram agregadas as seguintes características: quantidade de recursos humanos (médicos, profissionais de nível universitário e auxiliares), capacitação e desempenho (dessas três categorias) e um conjunto de atributos relativos à recepção do usuário, ou seja, atendimento à demanda espontânea, agendamento, relacionamento da equipe com o usuário, horário da unidade. Estes agregados estão consolidados nas Tabelas VI e VII.

Tabela VI

Classificação das unidades de acordo com a avaliação dos dirigentes em relação à recepção e acolhimento do usuário – acesso ao serviço, atendimento à demanda espontânea, agendamento, relacionamento serviço/ usuário, horário e orientações

Unidades	Acesso dem/esp	Atend.	Agend. Usuário	Rel.	Hor.	Orient.	Soma
7	1	1	1	2	2	1	8
9	1	1	1	3	1	2	9
5	2	2	2	1	2	1	10
17	2	1	2	2	1	2	10
21	2	2	2	2	1	1	10
23	2	1	1	2	2	2	10
8	2	2	2	2	1	2	11
19	2	2	1	2	2	2	11
22	1	2	2	3	1	2	11
24	2	1	2	3	1	2	11
26	1	3	2	2	1	2	11
2	3	2	2	2	1	2	12
12	3	1	1	3	2	2	12
15	3	1	2	2	3	1	12
20	2	2	2	2	2	2	12
1	3	2	2	2	1	3	13
10	2	2	2	2	3	2	13
18	3	2	2	3	1	2	13
3	2	2	3	2	3	2	14
13	3	2	2	3	2	2	14
16	2	2	2	3	2	3	14
11	2	3	2	3	3	2	15
27	3	2	2	3	3	2	15
6	3	3	2	3	2	3	16
14	3	2	3	3	3	2	16
25	3	2	3	3	3	3	17

14	3	2	3	3	3	2	10
25	3	2	3	3	3	3	17

Tabela VII

Classificação das unidades segundo notas atribuídas pelos dirigentes para características selecionadas

Unidades	Quantidade	Capacitação	Desempenho	Acolhimento	Soma
	RH	RH	RH		Total
1	3	4	7	13	27
2	5	4	8	12	29
3	9	6	8	14	37
5	6	3	4	10	23
6	6	5	9	16	36
7	3	3	6	8	20
8	3	4	11	11	29
9	3	4	11	9	27
10	3	2	6	13	24
11	5	3	7	15	30
12	4	5	9	12	30
13	4	6	9	14	33
14	6	5	11	16	38
15	4	6	8	12	30
16	7	6	11	14	38
17	4	4	8	10	26
18	4	6	9	13	32
19	5	2	7	11	25
20	3	4	9	12	28
21	5	3	5	10	23
22	5	4	8	11	28
23	3	4	7	10	24

22	5	4	8	11	28
23	3	4	7	10	24
24	4	2	7	11	24
25	3	4	10	17	34
26	4	5	10	11	30
27	7	6	12	15	40

- Introdução

- Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids

- Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes

- Indicadores de Estrutura e Processo

Relatório dos instrumentos*

Indicadores de estrutura e processo

Esse instrumento traz dados numéricos e informações objetivas, que abrangem elementos de estrutura e processo. As equipes locais responderam a um total de 20 questões relativas às condições materiais em que o trabalho se realiza, ou seja, sua estrutura, e relativas à forma como este se organiza, ou seja, o processo, percorrendo aspectos tais como o suprimento de medicamentos, o acesso a exames subsidiários, a disponibilidade de recursos humanos, a dispensação de medicamentos, os mecanismos de controle de faltas e abandono, a realização de grupos e outros.

Com a finalidade de agrupar as unidades por características semelhantes, foram valorizados os dados que diferenciavam qualitativamente as unidades entre si. Algumas informações não demonstraram poder discriminatório, como por exemplo a duração média das consultas e o intervalo entre agendamentos, que tiveram respostas muito semelhantes. De modo quase uniforme, a consulta médica foi referida como sendo de 20 a 30 minutos, com variação entre casos novos e retornos, e com o intervalo de agendamento de 1 mês entre consultas.

Os dados relacionados à caracterização dos recursos humanos, ao número e à qualificação dos profissionais que compõem as equipes, e os relativos à produtividade das consultas e outros atendimentos, não puderam ser considerados para a análise final por apresentarem um padrão muito díspare e contraditório, exigindo para seu reaproveitamento uma nova coleta de dados. Essa falta de consistência de algumas informações ocorreu em função de respostas incompletas e de erros na interpretação das perguntas. Destes, o mais comum foi considerar como sendo a equipe do Programa o conjunto de profissionais de um ambulatório geral de especialidades, o que se expressava de modo incoerente dada a grande desproporção entre o número de pacientes em seguimento e o número de profissionais disponíveis.

Deste modo, selecionou-se as informações de maior consistência, no sentido de sua coerência interna, priorizando-se aquelas de maior relevância para a avaliação da aderência. Foram construídos três grupos de categorias, com informações relativas à estrutura e processo, para a elaboração de uma nova diferenciação qualitativa entre as unidades, conforme segue abaixo.

Categorias de análise para agrupamento das unidades:

1. Quanto às ações dirigidas à dispensação e controle de ARV

- Dispensação: intervalo entre a prescrição e a dispensação para pacientes novos;
- Atividades sistemáticas de orientação sobre ARV; e
- Controle de abandono: registro e atividades de convocação.

2. Quanto ao suprimento de medicamentos ARV e “não ARV”

- Suprimento dos medicamentos mais utilizados; e
- Suprimento de ARV.

3. Quanto ao acesso a exames subsidiários gerais e específicos

- Disponibilidade dos principais exames utilizados; e
- Disponibilidade de CD4/CD8 e CV.

Ações dirigidas à dispensação e controle de ARV

Nesse subconjunto, o primeiro fator considerado diz respeito à dispensação de ARV. Conforme podemos observar na Tabela VIII, o intervalo de tempo entre a prescrição e a dispensação quando da introdução de esquemas terapêuticos para pacientes novos é muito variada, indo das unidades que fazem a dispensação imediatamente após o primeiro atendimento àquelas que demoram até 30 dias para fazê-lo.

Reconhecidos os padrões de espera existentes, atribuiu-se pontuações que transformaram essas informações em medidas valorativas.

Os critérios de pontuação utilizados foram :

- Dispensação imediata – 3 pontos
- Até 7 dias de espera – 2 pontos
- De 7 a 15 dias de espera – 1 ponto
- Mais de 15 dias de espera – 0 pontos

Tabela VIII

Classificação das unidades segundo o tempo de espera entre a prescrição médica e a dispensação de ARV para pacientes novos

Unidades	Dispensação de ARV	Pontuação
13	30 dias	1
15	20 dias	1
23	30 dias	1
22	30 dias	1
9	15 dias	2
10	15 dias	2
17	15 dias	2
18	15 dias	2
20	15 dias	2
26	7 dias	2
16	2 dias	3
19	2 dias	3
24	2 dias	3
25	3 dias	3
1	0.Imediata	4
2	0.Imediata	4
3	0.Imediata	4
5	0.Imediata	4
6	0.Imediata	4
7	0.Imediata	4
8	0.Imediata	4
11	0.Imediata	4
12	0.Imediata	4
14	0.Imediata	4
21	0.Imediata	4

O segundo fator que compõe este conjunto de categorias é o da existência e do tipo de atividades de orientação dirigidas ao tratamento com ARV. Aqui também há uma diversidade relativa, embora essas atividades tendam a se concentrar na pós-consulta e/ou na consulta de

enfermagem.

Os critérios utilizados para a pontuação e classificação foram os seguintes:

- Orientação não realizada = 1 ponto
- Orientação feita em pós-consulta ou equivalente = 2 pontos
- Orientação em pós-consulta e em outras atividades = 3 pontos

Tabela IX

Classificação das unidades segundo a presença e o tipo de atividade de orientação da terapêutica com ARV

3	não realizado	1
7	não realizado	1
12	não realizado	1
21	não realizado	1
24	não realizado	1
26	não realizado	1
2	pós – Enf	2
5	grupo de aderência – psic	2
6	pós - aux enf	2
9	pós - Enf/Aux	2
11	pós - aux/Enf	2
13	reforço - Enf (s/n)	2
14	pós - Enf/Farm	2
15	orientação – farm	2
16	pós – téc. enf	2
18	pós - aux/Enf	2
19	pós: med/aux VigEpid	2
1	pós - AS/Enf; orientação- aux adm	3
8	Grupo I - Med; Grupo II – Enf.	3
10	pós - AS/Farm; palestra - Med/outr	3
17	Enf/aux enf/AS/aux soc; pós - Enf/aux enf	3
20	pós - Enf/AS; consulta - Enf/AS	3
22	pós - Enf; orient – Farm	3

17	Enf/aux enf/AS/aux soc; pós - Enf/aux enf	3
20	pós - Enf/AS; consulta - Enf/AS	3
22	pós - Enf; orient – Farm	3
23	sala de espera - psic/AS/TO; pós - Enf/Farm	3
25	pós - Enf; reuniões grupo – Med	3
27	pós – Farm/aux enf; cons. enf. – Enf.	3

Em muitas unidades, a atividade de orientação da pós-consulta, tradicional de reforço e orientação da medicação, realizada pela enfermagem (aux enf), é feita também por profissionais de nível universitário, principalmente pela enfermeira (Enf), mas também por assistentes sociais (AS) e farmacêuticos (Farm).

O terceiro fator considerado ainda neste primeiro conjunto, é o da existência de atividades de controle de abandono. Muitas unidades não fazem nenhum tipo de registro de faltas e não adotam um critério sistemático para caracterização de abandono, outras realizam esse registro mas não fazem convocação, e outras realizam o registro e uma ou mais atividades de convocação.

Tabela X

Classificação das unidades segundo registro e convocação de pacientes em abandono.

Unidades	Registro	Convocação	Pontuação
1	não	não	0
5	não	não	0
7	não	não	0
9	não	não	0
11	não	não	0
12	não	não	0
13	não	não	0
14	não	não	0
16	não	não	0
18	não	não	0
24	não	não	0
25	não	não	0
2	sim	não	1
6	sim	não	1
19	sim	não	1
10	sim	carta	2
17	sim	carta	2
21	sim	carta	2
3	sim	Carta/fone/VD	3
8	sim	Carta/VD	3
15	sim	Carta/VD	3
20	sim	Carta/fone	3
22	sim	VD	3
23	sim	Carta/fone/VD	3
26	sim	Carta/fone/VD	3
27	sim	Carta/ VD	3

Os critérios utilizados para classificação foram os seguintes:

- Em relação à existência de registros de rotina: não = 0; sim = 1
- Em relação à convocação: não = 0; Carta = 1; Carta e/ou outro = 2

Da agregação das três categorias descritas, obtivemos a classificação proposta pela Tabela XI. Para tanto, considerou-se o tempo de espera para dispensação de ARV como característica imediatamente ligada ao acesso à medicação específica, como possuindo uma importância diferencial em relação aos dois outros aspectos considerados, atribuindo-lhe por isso peso 2.

Tabela XI

Classificação das unidades segundo padrão de dispensação de ARV (x2), orientações sobre ARV e medidas de controle de abandono

Unidades	Dispensação ARV (x2)	Orientação sobre ARV	Controle de Abandono	Classificação
13	2	2	0	4
9	4	2	0	6
18	4	2	0	6
15	2	2	3	7
24	6	1	0	7
16	6	2	0	8
22	2	3	3	8
7	8	1	0	9
19	6	2	1	9
23	2	4	3	9
25	6	3	0	9
26	4	2	3	9
10	4	4	2	10
11	8	2	0	10
12	8	2	0	10
17	4	4	2	10
20	4	3	3	10
1	8	3	0	11
5	8	3	0	11
14	8	3	0	11
21	8	1	2	11
2	8	3	1	12
3	8	1	3	12
6	8	3	1	12
8	8	4	3	15
27	8	4	3	15

Suprimento de medicamentos e ARV

O segundo subconjunto de categorias, proposto para o Instrumento

- Indicadores de Estrutura e Processo, reúne informações relativas ao acesso à medicação anti-retroviral (ARV) e aos demais medicamentos

necessários ao seguimento terapêutico (não-ARV).

Tabela XII

Classificação das unidades segundo o suprimento de ARV

Unidades	Suprimento ARV	Pontuação
16	Péssimo	0
17	Péssimo	0
18	Péssimo	0
24	Péssimo	0
26	Péssimo	0
10	Ruim	1
15	Ruim	1
20	Ruim	1
21	Ruim	1
2	Regular	2
6	Regular	2
11	Regular	2
7	Bom	3
8	Bom	3
12	Bom	3
13	Bom	3
14	Bom	3
23	Bom	3
1	Muito bom	4
3	Muito bom	4
5	Muito bom	4
9	Muito bom	4
22	Muito bom	4
27	Muito bom	4
19	Muito bom	4
25	Muito bom	4

- **péssimo** - faltas freqüentes de diversos ARV por período superior a 30 dias (0 pontos)
- **ruim** -faltas de diversos ARV por períodos de até 30 dias (1 ponto)
- **regular** - faltas eventuais por períodos entre 7 e 30 dias (2 pontos)
- **bom** - faltas esporádicas por até 7 dias, ou falta de DDI de 25 mg (3 pontos)
- **muito bom** - não faltou nenhum medicamento no período considerado (4 pontos)

O acesso a outros medicamentos (não-ARV) foi avaliado a partir de

dois tipos de questões.

A primeira interrogava sobre os medicamentos que mais faltaram, e se com freqüência ou esporadicamente, nos últimos 6 meses, com respostas a partir de um quadro em aberto. Dessas respostas, pode-se elencar os 10 medicamentos que foram mais citados como tendo faltado no período considerado.

Considerando-se o conjunto das unidades, houve, em média, falta freqüente de três medicamentos por unidade, e falta esporádica de dois medicamentos por unidade.

Tabela XIII

Relação dos medicamentos "não-ARV" que mais faltaram no período de junho a dezembro de 1997.

Medicamentos	Nº de unidades em que faltaram com freqüência
Fluconazol	15
Ácido folínico	13
Sulfadiazina	10
Ciprofloxacina	10
Claritromicina	9
Clindamicina	7
Prednisona	5
Pirimetamina	5
Cimetidina	5
Itraconazol	5

Esse parâmetro serviu à construção dos seguintes critérios de avaliação para classificação dos serviços:

- **Faltas esporádicas:**

Nenhum medicamento – 2 pontos

Até 3 medicamentos – 1 pontos
Mais do que 3 - 0 pontos

• **Faltas freqüentes:**

Nenhum medicamento – 2 pontos
Até 3 medicamentos – 1 pontos
Mais do que 3 – 0 pontos

Tabela XIV

Classificação dos serviços segundo a falta de medicamentos,
se freqüente ou esporádica

Unidades	Falta Esporádica	Falta Freqüente	Soma de Pontos	Classificação
5	0	1	1	1
6	1	0	1	1
10	0	1	1	1
11	1	0	1	1
12	1	0	1	1
13	1	0	1	1
17	1	0	1	1
20	1	0	1	1
23	0	1	1	1
27	0	0	0	1
1	1	1	2	2
7	1	1	2	2
8	0	2	2	2
14	1	1	2	2
15	0	2	2	2
16	2	0	2	2
21	1	1	2	2
24	2	0	2	2
25	2	0	2	2
26	2	0	2	2
2	1	2	3	3
3	2	1	3	3
9	2	2	4	3
18	2	1	3	3
19	1	2	3	3

9	2	2	4	3
18	2	1	3	3
19	1	2	3	3
22	2	2	4	3

Tabela XV

Classificação das unidades segundo o acesso a medicamentos não- ARV selecionados a partir de listagem padrão com 43 itens básicos

Unidades	Suprimento Med. selecionados (Listagem Básica)	Pontuação
1	58	2
2	51	2
3	61	3
5	80	4
6	75	3
7	50	2
8	69	3
9	51	2
10	49	2
11	57	2
12	38	1
13	47	2
14	61	3
15	55	2
16	45	2
17	37	1
18	44	2
19	85	4
20	52	2
21	76	3
22	44	2

20	52	2
21	76	3
22	44	2
23	21	1
24	41	1
25	53	2
26	41	1
27	63	3

Os critérios de classificação utilizados foram os seguintes:

- 90% ou mais de suprimento de medicamentos não ARV = 86 a 77 pontos – 4 pontos
- Entre 90% e 70% = 76 a 60 pontos - 3 pontos
- Entre 70% e 50% = 59 a 43 pontos – 2 pontos
- Menos de 50% = 42 ou menos – 1 ponto

Tabela XVI

Classificação das unidades conforme suprimento de medicamentos ARV e não-ARV

Unidade	Supr. Med. Selecionados	Falta de Med. Valorizados unid.	Suprim. ARV (x2)	Classific.
17	1	1	0	2
24	1	2	0	3
26	1	2	0	3
16	2	2	0	4
10	2	1	2	5
18	2	3	0	5
20	2	1	2	5
15	2	2	2	6
11	2	1	4	7
21	3	2	2	7
6	3	1	4	8
12	1	1	6	8
23	1	1	6	8
2	2	3	4	9
13	2	1	6	9
7	2	2	6	10
8	3	2	6	11
14	3	2	6	11
1	2	2	8	12
25	2	2	8	12
27	3	1	8	12
5	4	1	8	13
9	2	3	8	13
22	2	3	8	13
3	3	3	8	14
19	4	3	8	15

Acesso a CD4/CD8, CV e demais exames subsidiários

Nesse subconjunto, o acesso a exames em geral, excluindo-se CD4 e CV, foram avaliados pela referência a “exames difíceis” e “não disponíveis” assim qualificados pelos questionários a partir de uma listagem com 51 exames apresentados no corpo dessa questão. Desse

total, a média de exames de difícil acesso foi 8,5 e a média de exames não disponíveis foi de 4 por serviço.

Tabela XVII

Classificação das unidades segundo facilidade de acesso e disponibilidade de exames subsidiários (não inclusos CD4/CD8 e CV)

Unidades	Nº Ex. DIF	Pontos	Nº Ex. ND	Pontos	Soma
7	17	0	5	1	1
9	11	1	17	0	1
10	32	0	5	1	1
12	7	1	7	0	1
14	16	0	3	1	1
16	6	1	8	0	1
20	12	1	9	0	1
26	10	1	6	0	1
2	10	1	3	1	2
11	6	1	5	1	2
13	3	2	9	0	2
18	16	0	0	2	2
19	0	2	6	0	2
22	0	2	8	0	2
24	25	0	0	2	2
25	12	1	5	1	2
27	6	1	3	1	2
6	3	2	4	1	3
17	11	1	1	2	3
21	6	1	2	2	3
23	6	1	0	2	3
1	5	2	2	2	4
3	5	2	1	2	4
5	0	2	0	2	4
8	2	2	2	2	4
15	1	2	0	2	4

O grau de dificuldade registrado é muito variável. Atribuiu-se uma pontuação crescente em relação ao maior grau de facilidade, com os critérios:

a) Quanto à dificuldade de fazer os exames (Ex DIF):

- Entre 100% e 90% de fácil acesso
(entre 0 e 5 exames difíceis) = 2 pontos
- Entre 90% e 70% de exames de fácil acesso
(entre 6 e 15 exames difíceis) = 1 ponto
- Menos de 70% de exames fáceis
(16 ou mais exames difíceis) = 0 pontos

b) Quanto à não disponibilidade dos exames (Ex ND):

- Menos de 5% de exames não disponíveis
(menos que 3 exames não disponíveis) = 2 pontos
- Entre 5% e 10% não disponíveis
(entre 3 e 5 exames não disponíveis) = 1 ponto
- Mais de 10% de exames não disponíveis
(mais de 5 exames) = 0 pontos

A soma da pontuação obtida classifica as unidades em relação ao acesso a esses exames em quatro grupos (Tabela XV).

Para a avaliação do acesso aos exames CD4/CD8 e CV, usados como marcadores no seguimento clínico, utilizou-se sua qualificação como “difíceis” ou “fáceis”, uma vez que não se apresentam em nenhuma circunstância como “não disponíveis”.

O critérios utilizados para classificação foram feitos segundo a combinação do acesso a CD4/CD8 e CV, respectivamente:

- difícil, difícil = 1 ponto
- fácil, difícil = 2 pontos e
- fácil, fácil = 3 pontos.

A pontuação obtida foi multiplicada por 2, dada a importância da disponibilidade desses exames para um adequado acompanhamento clínico ambulatorial.

Agregando-se os resultados apresentados nas Tabelas XVII e XVIII, obtém-se a classificação final para esse subgrupo de categorias.

Tabela XVIII

Classificação das unidades segundo facilidade ou dificuldade de acesso a exames de CD4/CD8 e CV

Unidades	CD4/CD8	C V	pontos (x2)
3	Difícil	Difícil	2
7	Difícil	Difícil	2
11	Difícil	Difícil	2
12	Difícil	Difícil	2
13	Difícil	Difícil	2
24	Difícil	Difícil	2
1	Fácil	Difícil	4
2	Fácil	Difícil	4
5	Fácil	Difícil	4
6	Fácil	Difícil	4
10	Fácil	Difícil	4
14	Fácil	Difícil	4
15	Fácil	Difícil	4
16	Fácil	Difícil	4
20	Fácil	Difícil	4
21	Fácil	Difícil	4
22	Fácil	Difícil	4
23	Fácil	Difícil	4
25	Fácil	Difícil	4
26	Fácil	Difícil	4
8	Fácil	Fácil	6
9	Fácil	Fácil	6
17	Fácil	Fácil	6
18	Fácil	Fácil	6

17	Fácil	Fácil	6
18	Fácil	Fácil	6
19	Fácil	Fácil	6
27	Fácil	Fácil	6

Tabela XIX

Classificação das unidades segundo o acesso a exames subsidiários em geral e a CD4/CD8 e CV. Atribuição de pontos com correspondência progressiva ao grau de facilidade, com peso 2 para CV

7	1	2	3
12	1	2	3
11	2	2	4
13	2	2	4
24	2	2	4
10	1	4	5
14	1	4	5
16	1	4	5
20	1	4	5
26	1	4	5
2	2	4	6
3	4	2	6
22	2	4	6
25	2	4	6
6	3	4	7
9	1	6	7
21	3	4	7
23	3	4	7
1	4	4	8
5	4	4	8
15	4	4	8

1	4	4	8
5	4	4	8
15	4	4	8
18	2	6	8
19	2	6	8
27	2	6	8
17	3	6	9
8	4	6	10

Classificação final das unidades

Dentro da estratégia de agregação progressiva de categorias para uma classificação que possa sintetizar a avaliação feita por estes instrumentos, foram reunidos na Tabela XX os pontos atribuídos para recursos humanos (Instrumento - Questionário Estruturado de Avaliação do Dirigente sobre Qualidade do Serviço, Tabela VII) e para os três grupos descritos no Instrumento de Indicadores de Estrutura e Processos, quanto às ações dirigidas à dispensação de ARV e controle de abandono (Tabela XI), quanto ao suprimento de medicamentos ARV e

Tabela XX

Distribuição das unidades segundo o "nível de avaliação", a partir da soma dos pontos atribuídos nos Instrumentos 2 e 3, e "nível de complexidade", conforme Instrumento 1

Unidades	Instrum.3	Instrum.2	Soma i2 + i3	Nível de Avaliação
7	14	20	34	1
24	10	24	34	1
10	15	24	39	1
21	18	23	41	2
17	16	26	42	2
23	18	24	42	2
12	13	30	43	2
20	15	28	43	2
26	13	30	43	2
9	17	27	44	2
11	14	30	44	2
5	22	23	45	2
13	12	33	45	2
18	14	32	46	2
15	17	30	47	3
19	22	25	47	3
1	21	27	48	3
2	19	29	48	3
22	20	28	48	3
16	12	38	50	3
25	18	34	52	4
6	19	36	55	4
8	26	29	55	4
14	18	38	56	4
3	23	37	60	4
27	24	40	64	4

não-ARV (Tabela XVI), e quanto ao acesso a exames gerais e específicos (Tabela XIX). A soma de pontos obtida foi classificada em 4 níveis de avaliação, de acordo com o seguintes critérios:

- 1: < 35 - 40
- 2: 41 - 46
- 3: 47 - 51
- 4: 52 ou +

Tabela XXI

Distribuição das unidades segundo agregados de complexidade assistencial e avaliação de características eleitas de estrutura e processo

Agregados	Unidades	Nível de complexidade	Nível de avaliação
Agregado 1	5	4	2
Agregado 2	4	4	4
Agregado 3	19	4	4
Agregado 4	14	3	4
	3	3	4
	27	3	4
Agregado 5	20	3	2
	26	3	2
	11	3	2
Agregado 6	22	2	3
	8	2	4
Agregado 7	21	2	2
	17	2	2
	23	2	2
	18	2	
Agregado 8	15	1	3
	1	1	3
	2	1	3
	16	1	3
	25	1	4
	6	1	4
Agregado 9	7	1	1
	24	1	1
	10	1	1
	12	1	2
	9	1	2
	13	1	2

Na classificação final, distribuimos as unidades em 9 agregados, construídos a partir da associação dos níveis de complexidade da

estrutura (Tabela III) com os níveis de avaliação (Tabela XX).

A partir dos 4 níveis de complexidade identificados, foram reunidos num mesmo agregado as unidades com avaliações de estrutura e processo semelhantes, deixando-se as três unidades de maior complexidade separadas, constituindo cada uma um “agregado” próprio, dada as especificidades de cada um desses serviços.

Apoios Bibliográficos:

Donabedian A. Definition of quality and approaches to its assesment. In: *Explorations in quality assesment and monitoring*. Michigan, Health Administration Press, 1980, vol. I.

Esrov LV. Assuring data quality in services evaluation. In: *Methods for Evaluating Health Services*, 23-39,

BRASIL. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. *Guia para Elaboração de Avaliação de Desempenho para Serviços de Assistência Especializada-SAE, Brasília, 1997, mimeo.*

• Introdução

• Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids

• Avaliação de Estudos e Processos Segundo a Opinião dos Dirigentes

• Indicadores de Estrutura e Processo

Relatório do instrumento**

Instrumento

Questionário Estruturado para Usuário da Avaliação

• Instrumento

• Metodologia

• Resultados

• Discussão

Relatório do instrumento**

Metodologia

Foi realizado estudo epidemiológico do tipo transversal que abarcou universo de 8.580 usuários inscritos em 27 unidades de saúde, participantes do processo de pesquisa, com pelo menos uma prescrição de anti-retroviral (esquema duplo ou tríplice) nos seis meses anteriores ao início da pesquisa e que obedeciam aos critérios de inclusão definidos pelo estudo.

A amostragem foi aleatória simples, por unidade e definida em função da capacidade das unidades em realizarem as entrevistas. Os parâmetros para o cálculo da amostra foram: nível de confiança de 95%, estimativa da prevalência da não aderência de 50% e intervalo de confiança de 7% a 15%, em função da conveniência das unidades participantes. Foram acrescentados 10% ao total da amostra de cada unidade para compensação em função de eventuais perdas.

Foram sorteados para entrevista 1.169 usuários dos serviços. Foram entrevistados 1.141, ocorreu uma perda de 28 pessoas (2%), o que consideramos muito baixo. A medida de aderência foi baseada na soma das quantidades totais de comprimidos dos medicamentos ARV tomados nos 3 dias que antecederam a entrevista. Foram considerados aderentes os usuários que referiram utilizar pelo menos 80% da quantidade total de medicamentos ARV que deveriam ser tomados, segundo o consenso de medicação ARV para adultos vigente na época da coleta de dados. O esquema terapêutico que serviu de base para o cálculo da aderência foi aquele que o usuário referiu tomar no primeiro dia (dia imediatamente anterior à entrevista).

A variável dependente foi definida como aderentes e não aderentes. A prevalência da não aderência e da aderência foram estimadas e calculados os intervalos de confiança para distribuição binomial.¹

Foram estimadas as prevalências da não-aderência segundo as variáveis independentes selecionadas (características sociodemográficas, relacionadas com a doença, com a terapêutica, com os serviços de saúde e com o uso de drogas). Para estimativa de diferenças na prevalência da não aderência, segundo cada variável independente analisada, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson.¹

A seguir, estimou-se o odds ratio para cada categoria das variáveis independentes, considerando um intervalo de confiança de 95% e considerando uma das categorias da variável como comparação para

as demais. Utilizou-se o teste de Mantel-Haenszel 1 para estimativa da tendência linear do odds ratio segundo categorias de variáveis independentes selecionadas.

Para estimativa do efeito independente das variáveis, foi utilizado um modelo logístico retrospectivo passo a passo. As variáveis com valor de p (c 2 de Pearson) menor ou igual a 0,2 2 (Hosmer & Lemeshow, 1989) foram ajustadas em um modelo pleno. Após este ajuste, foram retiradas passo a passo aquelas com $p > 0,10$. A importância das variáveis retiradas para o modelo foi avaliada por meio do teste da razão da máxima verossimilhança.

A importância das variáveis ajustadas no modelo logístico para explicar a não-aderência foi avaliada pelo teste da razão de máxima verossimilhança e do teste goodness of fit (“melhor ajuste”).

A variável referente ao agregado dos esquemas de medicamentos anti-retrovirais em uso foi ajustada no modelo logístico permanecendo no modelo final. Optamos por não descrever seus resultados tendo em vista os objetivos da análise de discutir fatores de risco para não-aderência independente do esquema em uso. Esta variável foi agregada por um critério de frequência dos esquemas, pois vários esquemas tinham pequena frequência.

- **Instrumento**

- **Metodologia**

- **Resultados**

- **Discussão**

Relatório do instrumento**

Resultados

Características sociodemográficas dos entrevistados

Foram entrevistados 673 (64,8%) homens e 365 mulheres (35,2%).

A escolaridade observada foi baixa: tinham menos do que 4 anos de escolaridade 562 (54%) dos entrevistados, tinham primeiro grau completo 183 (17,8%) e segundo grau completo ou mais 291 (28%) (tabela 1).

A média de idade dos entrevistados foi de 35 anos, mediana de 34 anos e desvio padrão de 8,5. A grande maioria dos entrevistados tinha entre 30 a 39 anos (47,8%), tinham menos de 30 anos 26,5% e mais de 39 anos 25,7% (tabela 1).

Quanto à renda pessoal, observou-se que a média foi de 551,5 reais mensais, mediana de 300 reais e desvio padrão de 770 reais. Não têm qualquer tipo de salário ou renda pessoal 17% dos entrevistados, ganham de 1/2 a 3 salários mínimos 39%, de 3 a 6 salários 22% e mais que 6 salários 21,8% (tabela 1).

Declararam não estar trabalhando atualmente 57,4% e trabalhando 42,6% (tabela 1).

Em relação ao número de pessoas que dormem no mesmo quarto, referiram que dormem sozinhos 37,5%, dormem com uma pessoa no quarto 37,6%, dormem com duas pessoas 13,6% e com três pessoas ou mais 11% (tabela 1).

Características relacionadas com a doença

A média de tempo de saber ser HIV+ foi de 3,8 anos, mediana de três anos e desvio padrão de três anos. Sabem ser HIV+ há mais de 7 anos 14,6%, entre 3 e 7 anos 30% e até 3 anos 55,5% (tabela 2).

Características relacionadas com a terapêutica ARV e com o serviço de saúde

O tempo de medicação anti-retroviral foi de até 5 meses para 14% dos entrevistados, de 6 meses a 1 ano para 18%, de 1 a 2 anos para 35,5%, de 2 a 4 anos para 23,4% e igual ou maior que 4 anos para 9,3% (tabela 2).

Referiram faltar muitas vezes na consulta médica 9,7% e faltar poucas vezes 34,1% Não referiram faltas 56,7% (tabela 2)

Os esquemas de medicação mais freqüentes foram: AZT (zidovudina)+ DDI (didanosina) (17,4%); 3TC (lamivudina)+ D4T (estavudina)+ IDV (indinavir) (11,7%); AZT+3TC+IDV (11,4%), AZT+DDC (zalcitabina) (9,1%), AZT+3TC (8,6%). Os demais esquemas, em número de 60, tiveram uma grande dispersão e foram agrupados em outros esquemas triplos ou com número maior de drogas (33,0%) e outros esquemas duplos (8,9%) (tabela 3).

Quanto ao total de comprimidos tomados em 3 dias, observou-se: 24 a 27 comprimidos (25,1%); 30 a 26 (25,5%); 39 a 45 (18,6%); 48 ou mais (23,2%). Apenas 7,7% dos entrevistados tomava entre 6 a 21 comprimidos em 3 dias (tabela 3).

A distribuição dos entrevistados nas unidades de saúde agregadas segundo complexidade tecnológica e indicadores de avaliação de estrutura e processo (conforme descrito na análise dos instrumentos 1, 2, e 3)3 mostrou 41,7% acompanhados nas 3 unidades de alta complexidade tecnológica do estudo (agregados 1, 2, 3), 8,1% nas de complexidade média-alta e avaliação nível alto (agregado 4), 7,8% nas de complexidade média-alta e avaliação nível baixo (agregado 5), 4% nas de complexidade média-baixa e avaliação nível alto (agregado 6), 12,2 % nas de complexidade média-baixa e avaliação nível baixo (agregado 7), 14,8% nas de complexidade baixa e avaliação nível alto (agregado 8), 11,4% nas de complexidade baixa e nível de avaliação baixo (agregado 9) (tabela 5).

Características relacionadas com o uso de drogas

Referiram história de uso de drogas injetáveis, pelo menos uma vez desde 1980, 21% dos entrevistados (tabela 4).

Referiram ter usado pelo menos uma vez cocaína injetável no último ano 3,5% dos entrevistados, usado maconha 18%, usado crack 8,4% e usado cocaína aspirada 10,6%. Referiram ter ficado “alto” com bebida pelo menos uma vez no último mês, 14,4% (tabela 4).

Prevalência da aderência

Observou-se uma prevalência da aderência de 69% (IC 95% =0,66-0,71).

A prevalência da não-aderência foi de 31% (IC 95% =0,28-0,34).

Prevalência da não-aderência e fatores de risco

Fatores sociodemográficos e não-aderência

Sexo

Os homens apresentaram uma prevalência de não-aderência de 30% e as mulheres de 32,9%. Não foi observada diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,7$; $p = 0,395$). O odds ratio (OR) para não-aderência para as mulheres em relação aos homens foi de 1,1 (IC 95% = 0,9-1,5) (tabela 1).

Escolaridade

Observou-se associação significativa entre a escolaridade e a prevalência da não aderência. O grupo de escolaridade menor que 1 o grau mostrou uma prevalência de não aderência de 39,5%, contra uma prevalência de 29% entre os que têm o 1 o grau completo e de 16,5% entre os que têm 2 o grau ou mais de escolaridade ($\chi^2 = 47,8$ $p < 0,001$) (tabela 1).

Observou-se tendência linear de aumento do risco de não-aderência ao tratamento em função da diminuição da escolaridade.

Os que tinham 1 o grau completo mostraram um OR para não-aderência duas vezes maior em relação aos que tinham segundo grau ou mais (IC 95% = 1,3-3,2). Já entre os que tinham escolaridade menor que o primeiro grau observou-se um OR de 3,3 vezes para não-aderência (IC 95% = 2,3-4,7) (tabela 1).

Idade

A idade não mostrou associação com a aderência. A prevalência da não- aderência entre os que tinham entre 19 e 29 anos foi de 35,8%, entre os que tinham de 30 a 39 anos foi de 29,3% e entre os que tinham mais de 39 anos foi de 29,7% ($\chi^2 = 3,8$ $p = 0,15$) (tabela 1).

Não foi observada tendência linear de diminuição do risco de não-aderência ao tratamento em função do aumento da idade . O OR de não- aderência entre os maiores de trinta anos foi 0,7 (IC 95% = 0,5-1,0) quando comparado com os menores de trinta.(tabela 1).

Renda pessoal

A renda pessoal mostrou associação com a aderência. Entre os que não têm salário ou renda pessoal a prevalência de não-aderência foi de 43,6%, entre os que ganham entre um e três salários mínimos a prevalência da não-aderência foi de 34,2%, entre os que ganham de três a seis foi de 26,9% e entre os que ganham mais de seis foi de 16,1% ($\chi^2 = 37,6$; $p < 0,001$) (tabela 1).

Observou-se tendência linear de aumento de não-aderência ao tratamento em função da diminuição da renda pessoal. O OR para não-aderência entre os que não têm salário/renda pessoal em relação

aos que ganham mais de seis salários mínimos foi quatro vezes maior (IC 95% =2,5-6,5) (tabela 1).

Situação de trabalho

A prevalência da não-aderência entre aqueles que não estão trabalhando atualmente (36,3%) foi significativamente maior do que entre os que estão trabalhando (24,3%) ($\chi^2=17$; $p<0,001$), (OR=1,8; IC 95% =1,4-2,3).

Número de pessoas no mesmo quarto

Foi observada associação significativa entre a prevalência da não-aderência e o número de pessoas dormindo no mesmo quarto. A prevalência de não-aderência foi de 43,1% entre os que referiram dormir com três ou mais pessoas no mesmo quarto, de 35,5% entre os que dormem com duas pessoas, de 28,3% entre os que dormem com uma pessoa e de 28,9% entre os que dormem sozinhos ($\chi^2=11,4$; $p=0,01$) (tabela 1).

Observou-se tendência linear de aumento de não-aderência quanto maior o número de pessoas dormindo no mesmo quarto.

O OR entre os que dormem com três pessoas ou mais em relação aos que dormem sozinhos foi 1,9 (IC 95% =1,2-2,9) e entre os que dormem com duas pessoas foi de 1,4 (IC 95% =0,9-2,0) (tabela 1).

Características relacionadas com a doença

Tempo de HIV+

A prevalência de não-aderência entre os que tinham conhecimento sobre ser HIV+ há sete anos ou mais foi de 38,4%; entre os que tinham de 3 a 7 anos foi de 30,2% e entre os de tempo de conhecimento até 3 anos de 29,9% ($\chi^2=4,2$, $p=0,12$) (tabela 2).

O OR da não-aderência dos que tinham conhecimento há mais de 7 anos em relação aos que tinham conhecimento há menos de 3 anos foi 1,5 (IC 95% =1,0-2,1)

Características relacionadas com a terapêutica ARV e com o serviço de saúde

Tempo de medicação ARV

Não se observou diferença significativa na prevalência da não aderência segundo o tempo de uso de ARV. Entre os que tomavam a medicação há, no máximo, 5 meses foi de 34,5%, entre os que tinham de 6 meses a 1 ano de uso foi 34,8%, entre os que tinham de 1 a 2 anos foi 31,7%, entre os que tinham de 2 a 4 anos foi 28,7% e de 22,3% entre os que tinham mais de 4 anos ($\chi^2=6,0$, $p=0,2$) (tabela 2).

Foi observada tendência linear de diminuição da não-aderência em função do tempo de uso de medicação ARV. O OR da não-aderência dos que tinham mais de 4 anos de uso de ARV em relação aos que tomavam há, no máximo, 5 meses foi de 0,5 (IC 95% =0,3-0,99), foi de 0,76 (IC 95% =0,5-1,2) para os entre 2 e 4 anos e de 0,88 (IC 95% =0,6-1,3) para os entre 1 e 2 anos (tabela 2).

Esquema de medicação ARV em uso

Foi observada associação significativa entre a não-aderência e o esquema ou agregados de esquemas em uso. Entre os que tomavam esquemas duplos agregados a prevalência foi de 25,6%, para os com esquemas triplos ou mais agregados foi de 31,0%, no esquema AZT/DDI foi de 34,5%, no esquema AZT/DDC de 41,9%, no esquema AZT/3TC de 26,4%, no esquema AZT/3TC/IDV de 29,3% e no esquema 3TC/D4T/IDV de 18,5% ($\chi^2=17,0$, $p=0,009$) (tabela 3).

Os OR dos esquemas quando comparados aos esquemas duplos agregados foram respectivamente: 1,3 (IC 95% =0,7-2,2), 1,5 (IC 95% =0,9-2,7), 2,1 (IC 95% =1,1-3,9), 1,04 (IC 95% =0,5-2,05), 1,2 (IC 95% =0,65-2,2), 0,7 (IC 95% =0,3-1,3), (tabela 3).

Número de comprimidos ARV

Foi observada associação significativa entre o total de comprimidos que deveriam ser tomados em três dias e a não aderência. Ela foi de 23,1% para a categoria de 6 a 21 cp, de 42,4% para a de 24 a 27 cp, de 17,4% para a de 30 a 36 cp, de 27,5% na de 39 a 45 cp e de 35,2% para a com 48 cp ou mais ($\chi^2=43,5$, $p<0,001$) (tabela 3).

Os OR do total de comprimidos dos três dias, comparados a categoria 6 a 21 cp/dia foram respectivamente: 2,4 (IC 95% =1,4-4,4), 0,7 (IC 95% =0,4-1,3), 1,3 (IC 95% =0,7-2,3) e 1,8 (IC 95% =1,0-3,3),

Não foi observada tendência linear de aumento da não-aderência em função do número de comprimidos.

Ter história de falta na consulta médica

A história de faltas nas consultas médicas associou-se significativamente com a não-aderência. A maior frequência de não aderentes foi observada entre os que referiram faltar muitas vezes na consulta durante o tempo de tratamento (68,9%). Entre os que referiram faltar poucas vezes foram 34,2% os não-aderentes contra 22,9% entre os que não referiram faltas ($\chi^2=77,6$; $p<0,001$) (tabela 2).

O OR de não-aderência entre os que referiram faltar muitas vezes na consulta foi sete vezes e meia maior do que os que não referiram faltas (IC 95% =4,6-12,2) e foi de 1,8 (IC 95% =1,3-2,6) entre os que referiram faltar poucas vezes (tabela 2).

Serviços de saúde

A não-aderência distribuiu-se de maneira desigual entre as unidades agregadas segundo complexidade tecnológica e indicadores de avaliação de estrutura e processo. No agregado um foi de 18,5%, no agregado dois de 24,2%, no três de 35,8%, no quatro 27,4%, no cinco 31%, no seis 34,6%, no sete 33,3%, no oito 37,3% e no nove de 44,1% (Tabela 5).

Utilizando-se como categoria de comparação o agregado 1, observou-se que os OR da não aderência foram: para o agregado 2 de 1,4 (IC 95% =0,8-2,4), para o 3 de 2,4 (IC 95% =1,4-4,2), para o 4 de 1,7 (IC 95% =0,9-3,1), para o 5 de 2,0 (IC 95% =1,0-3,7), para o 6 de 2,3 (IC 95% =1,1-4,9), para o 7 de 2,2 (IC 95% =1,3-3,8), para o 8 de 2,6 (IC 95% =1,5-4,4) e para o 9 de 3,5 (IC 95% =2,0-6,0) (Tabela 5).

Características relacionadas ao uso de drogas

História de uso de drogas injetáveis

Os que referiram história de uso de drogas injetáveis mostraram uma prevalência de 44% de não aderência e os que não referiram história tiveram prevalência de não-aderência de 27,8%. O odds ratio dos entrevistados com história de uso de droga injetáveis foi duas vezes maior do que os que não referiram esta história (IC 95% =1,5-2,8).(tabela 4)

Uso Atual de Drogas

A prevalência da não aderência foi significativamente maior entre os que referiram história de uso de cocaína injetável pelo menos uma vez no último ano. Observou-se 52,8% de não aderência entre os que injetavam cocaína e de 30% entre os que não injetavam ($\chi^2 = 8,2$; $p = 0,004$).

O uso de cocaína injetável mostrou um OR de 2,6 vezes maior para não-aderência em relação aos que não a usaram (IC 95% =1,3-5,0) (tabela 4).

Entre os que usaram maconha pelo menos uma vez no último ano a prevalência da não aderência foi de 40,6%, contra 29,1% entre os não usuários.

Entre os usuários de crack, a frequência de não-aderência foi de 57,5% contra 28,8% entre os não usuários. Entre os que aspiraram cocaína, a não-aderência foi de 47,3% contra 29,3 entre os não-usuários. Todas estas diferenças foram significantes (tabela 4).

Utilizando-se como categoria de comparação os não-usuários, observou-se que o OR para não-aderência dos usuários de maconha foi 70% maior, entre os usuários de cocaína aspirada foi duas vezes maior, entre os usuário do crack foi três vezes maior. (tabela 4)

Entre os que referiram ter ficado, pelo uma vez, alto com bebida no

último mês, a prevalência de não-aderência foi de 47,7% contra 28,5% entre os que não se embriagaram ($\chi^2 = 21,8$; $p < 0,001$) (tabela 4).

O OR dos que se embriagaram ser não-aderentes foi duas vezes maior do que os que não se embriagaram (IC 95% = 1,6,1-3,2). (tabela 4)

Análise multivariada

As variáveis selecionadas para ajuste no modelo logístico foram: escolaridade, renda pessoal, idade, se trabalha atualmente, números de pessoas por quarto, tempo de HIV, tempo de ARV, falta na consulta médica, agregados de esquemas de ARV usados, agregados de unidades de saúde, número de comprimidos por dia, história de droga injetável (UDI) , uso atual de cocaína aspirada, uso atual de cocaína injetável, uso atual de Cannabis sativa e uso atual de crack.

Após o ajuste retirou-se as variáveis com valor de p (teste de Wald) igual ou menor que 0,10. As variáveis que permaneceram no modelo estão na tabela 6.

Observou-se que a variável que mais contribuiu para explicar a não-aderência foi a falta à consulta médica (lrtest=39,9; $p < 0,001$). A segunda variável mais importante foi a unidade de saúde (lrtest=20,5; $p = 0,009$) e a terceira variável foi a renda pessoal (lrtest=10,8; $p = 0,013$) e em quarto a escolaridade (lrtest=8,34; $p < 0,016$).

A capacidade do modelo explicar a não-aderência foi boa, o teste da razão de máxima verossimilhança foi significativo (TRMV=143,3; $p < 0,0001$); o teste de goodness of fit também mostrou um bom ajuste do modelo ($\chi^2 = 652,97$; $p = 0,4709$).

Tabela 1

Prevalência da não-aderência ao tratamento ARV e odds ratio segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	Total n (%)	Prev. Não-ader. n (%)	OR (IC _{95%})*
Sexo			
Masc.	673 (64,8)	204 (30,3)	1,0
Fem.	365 (35,2)	120 (32,9)	1,1 (0,9-1,5)
$\chi^2=0,7; p=0,395$			
Escola**			
2º grau ou +	291 (28,1)	48 (16,5)	1,0
1º grau	183 (17,7)	53 (29,0)	2,1 (1,3-3,2)
menor 1º grau	562 (54,3)	222 (39,5)	3,3 (2,3-4,7)
$\chi^2=47,8; p<0,001$			
Idade			
19-29	274 (26,5)	98 (35,8)	1,0
30-39	495 (47,8)	145 (29,3)	0,7 (0,5-1,0)
> 39	266 (25,7)	79 (29,7)	0,8 (0,5-1,1)
$\chi^2=3,8; p=0,151$			
Salário**			
Mais de 6 s.m.	211 (21,8)	34 (16,1)	1,0
3 -6 s.m.	212 (22,0)	57 (26,9)	1,9 (1,2-3,1)
1/2-3 s.m.	380 (39,3)	130 (34,2)	2,7 (1,8-4,1)
sem salário	163 (16,9)	71 (43,6)	4,0 (2,5-6,5)
$\chi^2=37,6; p<0,001$			
Trabalha atualmente			
Sim	441 (42,6)	107 (24,3)	1,0
Não	595 (57,4)	216 (36,3)	1,8 (1,4-2,3)
$\chi^2=17,2; p<0,001$			
Pessoas quarto**			
Sozinho	388 (37,5)	112 (28,9)	1,0
Uma	389 (37,6)	110 (28,3)	1,0 (0,7-1,3)
Duas	141 (13,6)	50 (35,5)	1,4 (0,9-2,0)
Três ou +	116 (11,2)	50 (43,1)	1,9 (1,2-2,9)
$\chi^2=11,4; p=0,01$			

* Odds ratio e intervalo de confiança não-ajustados

** Tendência linear.

Tabela 2

Prevalência da não-aderência ao tratamento ARV e odds ratio segundo tempo de conhecimento do teste HIV+, tempo de medicação ARV e história de faltas na consulta médica

Variáveis	Total n (%)	Prev. Não-ader. n (%)	OR (IC _{95%})*
Tempo HIV+			
até 3 anos	575 (55,5)	172 (29,9)	1,0
3- 7 anos	311 (30,0)	94 (30,2)	1,0 (0,7-1,4)
7 anos ou +	151 (14,6)	58 (38,4)	1,5 (1,0-2,1)
$\chi^2=4,2$; $p=0,120$			
Tempo ARV**			
até 5 meses	142 (14,0)	49 (34,5)	1,0
6m 1ano	181 (17,9)	63 (34,8)	1,0 (0,6-1,6)
1 2 anos	360 (35,5)	114 (31,7)	0,88 (0,6-1,3)
2 4 anos	237 (23,4)	68 (28,7)	0,76 (0,5-1,2)
>= 4 anos	94 (9,3)	21 (22,3)	0,5 (0,3-0,99)
$\chi^2=6,0$; $p=0,2$			
Falta na consulta**			
não falta	520 (56,2)	119 (22,9)	1,0
poucas vezes	316 (34,1)	108 (34,2)	1,7 (1,3-2,4)
muitas vezes	90 (9,7)	62 (68,9)	7,5 (4,6-12,2)
$\chi^2=77,6$; $p<0,001$			

* Odds ratio e intervalo de confiança não-ajustados

** Tendência linear.

Tabela 3

Prevalência da não-aderência ao tratamento ARV e odds ratio segundo esquema de medicamentos ARV e quantidade total de comprimidos ARV que devem ser tomados em 3 dias #

Variáveis	Total n (%)	Prev. Não-ader. n(%)	OR (IC _{95%}) [*]
Esquema de medicamentos ARV			
Esquemas duplos agregados	90 (8,9)	23 (25,6)	1,0
Esquemas triplos ou mais agregados	335 (33,0)	104 (31,0)	1,3 (0,77-2,2)
AZT/DDI	177 (17,4)	61 (34,5)	1,5 (0,87-2,7)
AZT/DDC	93 (9,1)	39 (41,9)	2,1 (1,1-3,9)
AZT/3TC	87 (8,6)	23 (26,4)	1,04 (0,53-2,05)
AZT/3TC/IDV	116 (11,4)	34 (29,3)	1,2 (0,65-2,24)
3TC/D4T/IDV	119 (11,7)	22 (18,5)	0,7 (0,34-1,3)
$\chi^2=17,0$; $p=0,009$			
Total cpv-3 dias			
6 - 21	78 (7,7)	18 (23,1)	1,0
24-27	255 (25,1)	108 (42,4)	2,4 (1,4-4,4)
30-36	259 (25,5)	45 (17,4)	0,7 (0,4-1,3)
39-45	189 (18,6)	52 (27,5)	1,3 (0,7-2,3)
> ou = 48	236 (23,2)	83 (35,2)	1,8 (1,0-3,3)
$\chi^2=43,5$; $p<0,001$			

* Odds ratio e intervalo de confiança não ajustados

** Tendência linear.

Para os usuários que não referiam nenhum esquema no primeiro dia, ou seja, aqueles com aderência 0% no dia anterior à entrevista, o esquema utilizado para a análise foi o descrito na verificação de prontuário.

Tabela 4

Prevalência da não-aderência ao tratamento ARV e odds ratio segundo história de uso de drogas injetáveis e uso atual de drogas

Variáveis	Total n (%)	Prev N/aderen. n (%)	OR (IC _{95%}) [*]
História UDI			
Não	818 (78,8)	227 (27,8)	1,0
Sim	220 (21,2)	97 (44,1)	2,0 (1,5-2,8)
$\chi^2=21,6; p<0,001$			
Uso cocaína injetável			
Não	996 (96,5)	302 (30,3)	1,0
Sim	36 (3,5)	19 (52,8)	2,6 (1,3-5,0)
$\chi^2=8,2; p=0,004$			
Consumo alto de bebida			
Não	885 (85,6)	252 (28,5)	1,0
Sim	149 (14,4)	71 (47,7)	2,3 (1,6-3,2)
$\chi^2=21,8; p<0,001$			
Consumo cocaína			
Não	926 (89,4)	271 (29,3)	1,0
Sim	110 (10,6)	52 (47,3)	2,2 (1,5-3,2)
$\chi^2=14,9; p<0,001$			
Consumo crack			
Não	951 (91,6)	274 (28,8)	1,0
Sim	87 (8,4)	50 (57,5)	3,3 (2,1-5,2)
$\chi^2=30,5; p<0,001$			
Consumo Cannabis			
Não	851 (82,0)	248 (29,1)	1,0
Sim	187 (18,0)	76 (40,6)	1,7 (1,2-2,3)
$\chi^2=9,4; p=0,002$			

Tabela 5

Prevalência da não-aderência ao tratamento ARV e odds ratio segundo unidades de saúde agregadas por complexidade tecnológica e indicadores de estrutura e processo

Unidades agregadas	Total n (%)	Prev. Não-ader.n (%)	OR (IC_{95%})[*]
Agr.Unidade 1	151 (14,6)	28 (18,5)	1,0
Agr.Unidade 2	157 (15,2)	38 (24,2)	1,4 (0,8-2,4)
Agr.Unidade 3	123 (11,9)	44 (35,8)	2,4 (1,4-4,2)
Agr.Unidade 4	84 (8,1)	23 (27,4)	1,7 (0,9-3,1)
Agr.Unidade 5	81 (7,8)	25 (30,9)	2,0 (1,0-3,7)
Agr.Unidade 6	41 (4,0)	14 (34,6)	2,3 (1,1-4,9)
Agr.Unidade 7	126 (12,2)	42 (33,3)	2,2 (1,3-3,8)
Agr.Unidade 8	153 (14,8)	57 (37,3)	2,6 (1,5-4,4)
Agr.Unidade 9	118 (11,4)	52 (44,1)	3,5 (2,0-6,0)
$\chi^2=28,8; p<0,001$			

* Odds ratio e intervalo de confiança não-ajustados

Tabela 6

Odds ratio ajustado para não-aderência ao tratamento com ARV segundo escolaridade, salário, tempo de HIV, consumo de bebida, falta na consulta, unidades de saúde e agregado de esquemas em uso.

Variáveis §	OR (IC_{95%})*	p	TRMV (p)**
Escolaridade			8,34 (0,0156)
2º grau ou +	1,0	-	
1º grau	1,5 (0,9-2,6)	0,139	
menor 1º grau	2,0 (1,2-3,2)	0,005	
Renda pessoal			10,9 (0,013)
Mais de 6 s.m.	1,0	-	
3 -6 s.m.	1,7 (0,9-3,0)	0,084	
1/2-3 s.m.	1,9 (1,1-3,2)	0,03	
sem salário	2,7 (1,5-5,0)	0,001	
Tempo HIV+			4,8 (0,089)
ate 3 anos	1,0	-	
3- 7 anos	0,9 (0,6-1,4)	0,792	
7 anos ou +	1,5 (0,95-2,5)	0,079	
Consumo alto de bebida			5,4 (0,020)
Não	1,0	-	
Sim	1,7 (1,1-2,7)	0,019	
Falta na consulta			39,9 (<0,001)
Não falta	1,0	-	
Poucas vezes	1,8 (1,3-2,6)	0,001	
Muitas vezes	5,7 (3,2-10,0)	<0,001	
Unidades agregadas			20,5 (0,009)
Agr.Unidade 1	1,0	-	
Agr.Unidade 2	2,1 (1,1-4,0)	0,034	
Agr.Unidade 3	2,6 (1,3-5,2)	0,010	
Agr.Unidade 4	1,3 (0,6-2,8)	0,564	
Agr.Unidade 5	2,2 (1,0-5,0)	0,049	
Agr.Unidade 6	2,5 (0,96-6,7)	0,062	
Agr.Unidade 7	2,1 (1,2-4,3)	0,042	
Agr.Unidade 8	2,4 (1,2-4,6)	0,012	
Agr.Unidade 9	4,1 (2,0-8,4)	<0,001	

*OR e IC ajustados

** TRMV- teste da razão da máxima verossimilhança

§ TRMV do modelo 143,3; $p < 0,0001$; Goodness-fit= 653,0; $p < 0,0001$

• Instrumento

• Metodologia

• Resultados

• Discussão

Relatório do instrumento**

Discussão

A medida da aderência

A prevalência da aderência foi avaliada mediante questionamento direto ao paciente. Classicamente, considera-se que os métodos diretos (entrevistas ou self-reports) tendem a superestimar a medida da aderência porque parte dos pacientes mente quando questionados sobre os medicamentos tomados. Aponta-se, entretanto, que os métodos de contagem de pílula também não garantem a fidedignidade: comprimidos podem ser descartados e até os chips podem ser manipulados.⁴ Os marcadores biológicos e as dosagens de metabólitos das drogas nem sempre são disponíveis. Por outro lado, um marcador pode ser disponível, mas de baixo valor preditivo para a situação investigada.⁵

Devido a todas essas dificuldades, os questionamentos diretos ao pacientes têm sido muito utilizados. Apesar de poderem superestimar a medida de aderência, eles podem produzir bons indicadores da aderência real, desde que conduzidos de modo não coercitivo e que garanta ao entrevistado total sigilo e respeito pelas suas respostas . Estudos com ARV consideram que os questionamentos diretos podem prever os resultados do tratamento a curto prazo e são úteis na identificação de pacientes em risco de não-aderência.^{6, 7} Também têm mostrado que a medida obtida por questionamentos diretos, embora significativamente maior que as indiretas, têm o mesmo poder de explicação acerca da carga viral, ou seja, ambas as medidas conseguem prever este resultado do tratamento.^{8 - 9}

Neste estudo adotou-se como definição de aderência tomar 80% ou mais da quantidade de comprimidos. Seria esta a quantidade mínima para se obter efetividade terapêutica aceitável? Os estudos sobre doenças crônicas em geral mostram que nem sempre é possível determinar um parâmetro preditor com precisão aceitável. Assim, a grande maioria dos estudos têm considerado como aderência taxas iguais ou maiores de 80% do total de medicamentos prescritos, mas várias outras definições têm sido adotadas conforme o tipo de estudo e de doença.

Os artigos sobre os ARV têm adotado vários tipos de métodos e de definições do nível da aderência, mas a maioria trabalha com o corte de 80% ou mais do total de comprimidos prescritos. Não há, entretanto, confiança suficiente se este corte associa-se com parâmetros de melhora clínica e/ ou laboratorial. Apenas um trabalho recente discute esta

questão. Avaliando a aderência mediante contagem eletrônica de pílulas, em um seguimento de 3 meses, 81% daqueles que tiveram aderência maior que 95% obtiveram supressão viral enquanto entre aqueles de aderência situada entre 90% e 95%, a supressão ocorreu em 64% e entre os de aderência entre 80 e 90% houve 50% de supressão.¹⁰

Tendo em vista a inexistência de padrões metodológicos, é extremamente importante que as avaliações e comparações entre níveis de aderência sempre considerem o método utilizado e o nível no qual a aderência foi definida. É também importante analisar a população sob estudo, uma vez que muitos trabalhos tratam de grupos muito específicos (só usuários de drogas ou só pacientes de um específico serviço de saúde, por exemplo).

Somente com esse cuidados é possível comparar a prevalência aqui obtida com outros estudos. Embora os estudos internacionais sobre adesão aos ARV realizados em população geral, como este, sejam ainda raros, é possível afirmar que não parece haver diferença importante entre os níveis de aderência obtidos. Em questionamento direto ao paciente, estudos provenientes de países do primeiro mundo*, nos quais se considerou a mesma definição de aderência, obtiveram prevalências de 60%,⁵ 75%,¹¹ e 78%.¹² Para níveis mais exigentes, de 97% e 100%, as prevalências foram respectivamente de 54%,⁴⁶ e 57%.⁴¹

Os resultados sugerem que as taxas de aderência aos ARV são semelhantes entre países ricos e pobres, ao menos quando sejam semelhantes as condições gerais de acesso ao medicamento. Resultado que também aponta nesta direção foi obtido em um trabalho que comparou a aderência aos ARV entre 50 adultos da cidade de Ribeirão Preto, 64 de Londres, 26 de Oslo e 95 de São Francisco. Utilizando 3 indicadores de aderência, o trabalho não encontrou diferença entre as medidas nas 4 cidades.¹³

A medida da aderência varia também segundo a definição de boa aderência que é utilizada. Idealmente pode-se considerar noncompliance uma ou mais das seguintes condições: não tomar ou interromper a medicação prescrita, tomar menos ou mais da dosagem prescrita, alterar intervalos de tempo prescritos ou omitir doses, não seguir recomendações dietéticas ou outras que acompanham a medicação. Estudos sobre uso de ARV têm mostrado níveis menores de aderência quando são também exigidas outras condições como horário e dieta adequados.¹⁴, ⁴⁵ Este estudo analisou exclusivamente a quantidade de medicamentos. Tanto as condições dietéticas exigidas para a melhor absorção de alguns ARV, quanto os intervalos ideais de tempo entre as doses deverão ser objeto de estudos posteriores.

As investigações sobre aderência no dia-a-dia da assistência à saúde deparam-se como vários problemas metodológicos, destacando-se a

dificuldade de estabelecer padrões aceitáveis sobre o método de medida e os níveis desejáveis de aderência. Em que pesem estas dificuldades, e desde que se considere sempre o padrão que foi adotado, a medida da aderência observada é, evidentemente, importante, sobretudo como indicador global para a avaliação dos programas de assistência.

Explicando a aderência

Ressalte-se, em primeiro lugar, a importância do perfil socioeconômico na explicação da aderência.

Muitos trabalhos sobre aderência em doenças crônicas afirmam baixo poder preditor das condições socioeconômicas dos pacientes exceto nos extremos da pobreza, como em pessoas sem moradia .10,15,16,17,18

Evidentemente, não há possibilidade de aderência em graus extremos de pobreza na qual não há nenhum recurso para o acesso ao medicamento. Quando porém, estudam-se grupos menos marginalizados socialmente, a questão é mais complexa. Embora vários estudos não tenham encontrado associação entre níveis socioeconômicos e aderência,19, 20, 21 e havendo mesmo um estudo recente que encontrou uma associação entre baixa aderência e status socioeconômico elevado em idosos,22 os custos do seguimento têm sido consistentemente apontados como fator de risco para não aderência. Mesmo quando o medicamento é subsidiado, outros custos afetam a aderência,17 como os de transporte.16

Parece evidente que as enormes diferenças de nível socioeconômico e de acesso à atenção à saúde entre países pobres e ricos tornem estas análises “universais” bastante enviesadas. Coombs et al,23 por exemplo, afirmam a dificuldade de generalizar ao Canadá os estudos sobre aderência realizados nos EUA, justamente devido às barreiras econômicas existentes no acesso à atenção à saúde neste país 23 .

Em relação à adesão aos ARV em aids, a literatura repete a controvérsia. Algumas revisões afirmam a associação entre baixo nível socioeconômico e não-aderência, especialmente nos extremos da pobreza,15, 16 embora em alguns trabalhos recentes não tenha sido encontrada associação 24, 25 . A divergência pode ser em grande parte explicada pela diferença dos grupos estudados. Assim, por exemplo, alguns estudos mostram que são as variáveis socioeconômicas que explicam melhor a menor aderência entre não-brancos, observada em alguns trabalhos 16, 26 . Mais recentemente, entretanto, parece haver uma tendência crescente em considerar as variáveis socioeconômicas de pobre poder preditor 5, 27 . Contudo, a análise deste aspecto deve considerar sempre as diferentes posições éticas envolvidas na questão da disponibilização de ARV para grupos marginalizados 28, 29, 30,31 .

Os resultados deste estudo mostraram que as condições socioeconômicas dos usuários influenciam decisivamente na adesão ao tratamento. Os piores estratos de escolaridade e renda pessoal mostraram riscos maiores para não-aderência independentemente de outras variáveis analisadas. As variáveis de situação de trabalho e número de pessoas no dormitório, que se mostraram associadas com a não-aderência na análise univariada, foram eliminadas no modelo logístico devido a seu efeito de confusão sobre a escolaridade e a renda pessoal.

Ressalte-se que a grande maioria dos estudos internacionais sobre adesão é realizada em países ricos, cujos sistemas de proteção social são muito mais presentes. A realidade nos países pobres é bem diversa. No Brasil, já se reconhece há algum tempo uma tendência consistente de aumento de registro de casos novos entre pessoas de menor grau de escolaridade 32 .

De fato, os dados da pesquisa confirmaram a grave situação econômica e social de grande parte dos usuários. Chama especialmente a atenção o alto nível de desemprego encontrado, maior do que o observado na população geral economicamente ativa: 25,5% dos entrevistados declararam esta condição.

Quanto as demais características sociodemográficas estudadas, os resultados concordam com os estudos existentes sobre adesão aos ARV que não têm encontrado associação com o sexo 5, 15, 33, 34, 35, 36, 37 . Embora não se tenha confirmado esta associação enquanto característica do grupo, é preciso lembrar que a condição social de gênero pode estar participando na determinação dos aparentes piores resultados do tratamento entre mulheres. O cuidado com crianças, por exemplo, tem sido apontado em alguns estudos qualitativos como uma das dificuldades para a adesão ao seguimento 16, 38, 39 .

Também não se encontrou associação com a idade. Para vários autores a idade tem, em geral, poder explicativo acerca da aderência em doenças crônicas apenas nos seus extremos 17. A concentração da aids entre adultos jovens pode, assim, elucidar o fato dos estudos não estarem encontrando associação entre aderência aos ARV e idade 5, 16, 40 . As mudanças mais recentes notadas nas características epidemiológicas da doença e a maior sobrevivência dos doentes poderão alterar este quadro. De fato, um estudo muito recente realizado nos EUA mostra, na análise univariada, associação positiva entre aderência e idade superior a 50 anos 41 .

Observou-se que a história de uso de drogas injetáveis mostrou associação com a não-aderência na análise univariada, mas esta associação perdeu significância no modelo multivariado, principalmente quando ajustadas as variáveis nível de educação e renda pessoal.

Isto corrobora os resultados de outro estudo que observou que a associação da não-aderência com história de uso de drogas injetáveis desapareceu quando controlada por variáveis de status social e psicológico. Compreensivelmente, os estudos sobre uso de drogas e HIV estão mais concentrados em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Parece bem estabelecido que os UDI apresentam significativamente maiores taxas de recusa ao tratamento 5, 15,42 . Entretanto, uma vez iniciado o tratamento, parece não haver diferenças na aderência entre aqueles com história de uso de droga injetável e os demais doentes 5, 15,33, 37, 43 , embora alguns trabalhos admitam “modestas diferenças”⁴⁴ ou “algum nível de associação”^{25, 45} .

Também as associações observadas na análise univariada com o uso de drogas ilícitas no último ano desapareceram no ajustamento. É preciso considerar, contudo, que as freqüências observadas de uso de crack e de drogas injetadas foram muito baixas. Note-se que o abuso de drogas ilícitas ‘pesadas’ tem sido, em alguns estudos, associado com a não-aderência. O estudo acima mencionado, que não encontrou diferenças entre o grupo com história de UDI relata, porém, que o uso de drogas injetáveis, durante o tratamento, associou-se com não-aderência 43 . Também o estudo que encontrou associação entre história de uso e menor aderência mostrou uma associação muito mais forte com o uso atual de drogas injetáveis 45 ; em outro trabalho o não uso de drogas injetáveis foi preditor de boa aderência 46 . Do mesmo modo, o uso de drogas injetáveis, “várias vezes na semana”, também esteve associado com a não-aderência no mesmo estudo que negou relação com o uso atual de outras drogas 47 . A autora desse trabalho lança a hipótese de que mais do que o uso da droga em si, esta situação pode estar relacionada ao “caótico estilo de vida” de alguns UDI, advertindo, contudo, para o perigo de se assumir como caótica a vida de todos os usuários de drogas ilícitas, e apontando para a existência de UDI que mantêm estilos de vida “controlados”⁴⁷ . Argumento semelhante aparece em outros trabalhos que discutem questões éticas relacionadas ao acesso universal 29 e à prescrição de ARV 31 .

Já o uso de Cannabis ou de cocaína aspirada, bem mais freqüentes, não mostraram efeito sobre a aderência. Este resultado parece estar de acordo com alguns trabalhos recentes nos quais o consumo de álcool, cigarros, maconha ou cocaína aspirada ou a “uso recreacional” de álcool e outras drogas não esteve associado com a aderência 24, 47 . Embora pouco estudado em relação aos ARV, a relação entre o abuso de álcool e pior aderência já é clássica na literatura sobre tuberculose 18, 48, também aparecendo em outras doenças crônicas, como diabetes 49 . Neste estudo, o abuso atual de álcool associou-se de modo independente com a não-aderência. Também na análise qualitativa, o estilo “caótico de vida” dos que referiram abuso do álcool esteve claramente relacionado com a não-aderência, enquanto o uso do tipo “moderado” ou “recreacional” não jogou papel importante 50 .

Em relação às características relacionadas à doença e ao tratamento, o tempo de uso de medicamentos ARV não se mostrou associado com a não-aderência, muito embora tenha se observado uma tendência linear de diminuição da não-aderência com o aumento do tempo de tratamento. Estes resultados diferem da literatura na qual admite-se, em geral, que as taxas de aderência declinam com o tempo de tratamento 15, 51 . Os poucos estudos existentes com adesão aos ARV que tratam desta questão têm apontado associação isolada entre não-aderência e maior tempo de tratamento 5, 15, 42, 52 .

É preciso lembrar, contudo, que os estudos metodologicamente mais rigorosos que se referem ao tempo de tratamento trabalham, em geral, com grandes tempos, como é o caso do tratamento da hipertensão arterial. A disseminação da terapia ARV para aids é relativamente recente entre nós. Apenas 9% dos entrevistados têm tempos iguais ou superiores a 4 anos desde a primeira prescrição de ARV. A crescente cronificação da doença deverá produzir tempos de tratamento bem maiores que talvez alterem a tendência observada, ao menos para grandes tempos de tratamento. O mais importante a ressaltar agora, é que o estudo mostrou perigosos níveis de não-aderência entre aqueles que estão no início do tratamento. A importância crucial do início do tratamento para a adaptação à terapêutica foi bem mostrada no estudo qualitativo 50 .

Uma outra variável relativa ao tempo pode contribuir nessa discussão. A hipótese de que o tempo médio de tratamento ainda não seja suficientemente grande para mostrar efeito sobre a não-aderência parece reforçada quando se observa que o maior tempo de conhecimento do teste positivo para HIV (igual ou maior que 7 anos) implicou em um risco maior de não-aderência, independente de outras variáveis. A sobrevivida prolongada em relação à baixa média que se observava há alguns anos pode ter produzido um sentimento de “invulnerabilidade” no grupo que tem mais tempo de diagnóstico, contribuindo para a baixa adesão. Note-se que este efeito somente é possível porque boa parte do grupo teve seu diagnóstico em circunstâncias nas quais a indicação de terapêutica com ARV era mais restrita, o que originou um intervalo médio de tempo considerável entre o diagnóstico HIV+ e a prescrição. As indicações mais precoces observadas hoje tenderão a diminuir este intervalo, aproximando muito o valor das duas variáveis.

Contudo, é interessante assinalar que no estudo qualitativo este sentimento de “invulnerabilidade” apareceu com bastante clareza no discurso de um dos entrevistados que já tinha conhecimento do teste positivo há mais de 12 anos. Para outros entrevistados, entretanto, a “invulnerabilidade” esteve muito mais claramente relacionada à ausência de sintomatologia 50 . Isto reforça a necessidade da análise de características da doença ser também composta por variáveis relativas à gravidade e sintomatologia que, embora previstas no desenho da

avaliação, ainda não puderam ser analisadas neste relatório. Ressalte-se, porém, que esta questão está muito longe de obter consenso entre os estudos. Alguns estudos sobre adesão aos ARV apontam associação entre ocorrência de sintomas e não-aderência 5, 24, 53 . Em outros, porém, a melhora de parâmetros laboratoriais (CD4) parece contribuir com uma melhor aderência 54, 55 . Já em trabalhos utilizando entrevistas abertas, sentir-se doente 25 ou sentir-se bem 54 foram apontados como razão para a não-aderência.

A questão dos sintomas ou dos sinais de gravidade da doença é provavelmente muito mais complexa do que os trabalhos têm revelado. A melhora dos sintomas pode levar ao sentimento de não necessidade da medicação. Já a ocorrência de sintomas durante o tratamento pode ser atribuída aos efeitos da medicação. O grau de severidade e a percepção da gravidade devem, entretanto, desempenhar um papel importante: em um trabalho, a presença de infecções oportunistas prévias esteve associada de modo independente com a melhor aderência 40 .

Esta é, certamente, uma das dimensões da questão da aderência nas quais aparece com mais clareza a necessidade de abordagens metodológicas mais complexas, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo. Trabalhos sobre aderência baseados em modelos teóricos mais complexos podem auxiliar nesse desenvolvimento. Parece promissor neste sentido, por exemplo, o modelo que se baseia na suspensão ou subutilização do medicamento como um “teste” de gravidade feito pelo doente 28, 56, tal como o utilizado no estudo qualitativo desta pesquisa 50 .

O tratamento, a partir de um certo ponto, passa também a compor a história da doença. O tipo de regime terapêutico (número de doses, via de aplicação, número de drogas, restrição alimentar etc.) tem sido freqüentemente apontado como fator potencialmente associado à aderência em várias doenças crônicas 15, 16 . Entretanto, enquanto o maior número de drogas parece consistentemente associado com a pior aderência em idosos e hipertensos 19, 22 , o maior número de doses diárias pode não ter um papel importante em outras condições 20 . Em um estudo sobre diabetes, por exemplo, no qual o maior número de doses esteve associado com a não-aderência, foram os doentes com esquema de apenas uma dose diária que apresentaram maior freqüência de omissão da medicação 57 .

Por comparação com outras doenças, o regime terapêutico como os ARV tem sido muito lembrado por vários autores como fator potencialmente associado à não-aderência 5, 15, 16, 31 , mas os estudos empíricos existentes são ainda raros e controversos. Mais de três doses por dia, tamanho do comprimido e restrição dietética já foram apontados como razão para não-aderência 58, 59, 60 . Em outros estudos,

entretanto, o número de drogas e de doses não influenciou a aderência 34, 40, 42, 61 . Surpreendentemente, em estudo realizado com 1.910 pacientes nos EUA, a análise univariada dos dados mostrou associação positiva entre aderência, maior número de drogas prescritas e maior número de comprimidos 41 .

O tipo de regime terapêutico também implica muitas vezes na presença de efeitos colaterais ou tóxicos. Embora trabalhos não tenham encontrado associação desses efeitos com a aderência para algumas doenças crônicas 18, 62 , os autores em geral os apontam como potencialmente negativos, tanto para as condições crônicas em geral 17, 19, 63 como para o tratamento da aids 39, 46, 53, 55, 64, 65, 66, 67 .

Neste estudo, os esquemas de ARV referidos pelos entrevistados foram agregados apenas pela frequência com que aparecerem na amostra e pelo número de drogas e ainda por número total de comprimidos previstos (tabela 3). Os resultados indicam que, se o esquema medicamentoso joga algum papel na explicação da aderência, isto parece estar relacionado muito mais ao regime de drogas em si do que ao número de comprimidos.

Na análise multivariada, somente o esquema duplo AZT/DDC mostrou risco significativo para não-aderência quando comparado com os esquemas duplos agregados (ver tabela 3) .

Algumas hipóteses poderiam ser levantadas para tentar explicar a surpreendente pequena aderência observada a um esquema com pequeno número de drogas, rigor relativamente menor nos horários, nenhuma restrição alimentar e poucos efeitos colaterais. Uma hipótese poderia advir do fato deste esquema ter sido prescrito, com frequência, como primeira alternativa de prescrição, a pacientes que não se adaptaram ao esquema AZT/DDI. Além disso, considere-se que, pelas recomendações vigentes na época das entrevistas, o medicamento DDC somente deveria ser prescrito a pacientes que tivessem CD4 acima de 200, ou seja, a pacientes em geral menos graves e provavelmente menos sintomáticos. Apesar da possibilidade explicativa destes fatos, é certamente prematuro afirmar algo mais definitivo sobre o poder de explicação deste esquema específico e da variável esquemas em geral, tal como elas foram analisadas. Em primeiro lugar, note-se que estes são esquemas referidos pelos usuários e ainda não confrontados com a prescrição médica. Em segundo lugar, os estratos que agregam os demais esquemas duplos ou tríplexes (tabela 3) contêm uma variação muito grande. Por estas razões, optou-se por não incluir a variável esquema no relato do modelo multivariado.

Note-se, porém, que o efeito das variáveis significantes na análise multivariada é independente da variável esquema e número de comprimidos, ou, em outros termos, que o poder de explicação destas

variáveis acerca da aderência mantêm-se independentemente do esquema ou do número de comprimidos. Mesmo assim, é evidentemente necessário que a questão do esquema seja melhor tratada em futuras análises. Para isto, é novamente importante ressaltar que a relação entre esquema terapêutico e aderência é, provavelmente, mais complexa do que sua caracterização em número de drogas, comprimidos, efeitos colaterais etc.

Alguns autores têm sugerido que a adaptação ao esquema depende muito mais do grau de mudanças no estilo de vida exigidas pela medicação 16, 58 do que do regime terapêutico em si: o mesmo trabalho acima mencionado que reporta associação positiva entre complexidade do esquema e aderência encontrou significativa maior aderência em pacientes que relatam 'encaixar' o esquema terapêutico em seu cotidiano 41 . Outros têm apontado maior dificuldade nos fins de semana e nas doses do meio do dia 65 , estar muito ocupado 25, 68, 69 , estar longe de casa ou sem os medicamentos no horário da dose 6, 68, 69, 70, 71 . A dificuldade para "encaixar" o medicamento na rotina diária pode explicar em parte o fato de grande número de trabalhos relatarem o esquecimento como o motivo mais frequentemente citado para a omissão de doses de ARV 6, 13, 25, 40, 53, 54, 64, 66, 68, 72, 73 .

Nesta mesma direção, os resultados do estudo qualitativo 50 indicaram que as dificuldades para adaptação à medicação, relacionadas ao estilo de vida, aos estigmas e às crenças negativas sobre os medicamentos, possuem papel provavelmente mais importante na aderência do que as dificuldades relacionadas diretamente às drogas prescritas.

O estudo qualitativo também mostrou claramente a importância do serviço de saúde na determinação da aderência. Esta contribuição do serviço de saúde já é, há muito tempo, apontada nos estudos sobre doenças crônicas em geral. Muitas dimensões envolvidas na qualidade do cuidado têm sido relacionadas à aderência, embora a maioria dos estudos se concentre na relação com os profissionais de saúde e nos aspectos de acessibilidade 4, 15, 16, 17, 19, 23, 48, 74 . Trabalhos de diversas abordagens metodológicas sobre adesão aos ARV têm confirmado a relação positiva entre aderência e boa qualidade do cuidado, destacando-se a relação com os profissionais de saúde e a conveniência dos agendamentos 25, 55, 65, 67, 75, 76 .

Este estudo mostrou claramente que a adesão ao serviço de saúde, indicada pela frequência declarada de faltas ao seguimento médico, associa-se independentemente à não-aderência aos medicamentos ARV. Este resultado é, de um lado, bastante esperado: evidentemente, faltar muitas vezes na consulta é uma variável fortemente associada à própria aderência aos ARV. Tanto isto está bem estabelecido que muitos trabalhos utilizam a aderência ao serviço como medida da própria

aderência. Isto quer dizer que, rigorosamente, a falta ao serviço não poderia ser considerada aqui como fator de risco para não-aderência, dado seu significado muito próximo ao da aderência aos medicamentos. Entretanto, examinando da perspectiva do serviço de saúde, o grupo que falta ao seguimento está claramente sob maior risco de não-aderência, independentemente de outras características que este grupo possa portar, o que enfatiza a necessidade de se ter redobrada atenção do serviço para este grupo. Isto é especialmente importante para as unidades de saúde aqui analisadas: como mostrado no relatório dos Instrumentos Histórico dos Serviços, Questionário Estruturado de Apreciação do Dirigente Sobre Qualidade do Serviço, Questionário Estruturado para Características de Estrutura e Processo do Serviço da avaliação, a grande maioria das unidades não possui política específica para faltosos 3 .

Dada sua importância, esta questão já estava presente nas hipóteses que guiaram a construção dos instrumentos de pesquisa: o controle de abandono de tratamento foi um dos critérios utilizados para avaliação da qualidade do processo do cuidado. Este e outros critérios compuseram os agregados de unidades de saúde semelhantes quanto à avaliação de qualidade segundo grupos de diversos graus de complexidade assistencial 3 .

Os resultados deste estudo mostraram importantes diferenças na aderência entre as unidades de saúde analisadas. Estas diferenças mantiveram-se no modelo ajustado, indicando seu efeito independente das demais variáveis analisadas. O agregado de unidades com baixa complexidade assistencial e de piores indicadores de avaliação (Agregado de unidades 9) apresentou um risco ajustado para não-aderência de 4 vezes maior do que o agregado 1, de alta complexidade assistencial. Não é possível atribuir com segurança este maior risco aos critérios de agregação utilizados. Isto porque agregados de alta complexidade e de nível alto de avaliação também mostraram risco significativo para não-aderência, embora muito menores. Parece possível, contudo, considerar que, tal como analisadas, a complexidade e a avaliação podem ter algum papel explicativo ao menos no seu extremo inferior. É evidente, todavia, a necessidade de aprimoramento destes indicadores para uma melhor explicação das diferenças de risco observadas, o que não invalida a importante conclusão da grande importância do serviço de saúde na determinação da aderência. Esta conclusão é tão mais importante quando confrontada com o modelo de trabalho dominante nas unidades, conforme relatado na análise dos instrumentos Observação do Processo de Trabalho, Entrevista Semi-estruturada com profissionais 77 .

Em conclusão, a análise quantitativa das entrevistas com usuários aqui relatada, embora possa não conter algumas dimensões potencialmente importantes na determinação da aderência, forneceu evidências que podem instrumentalizar imediatamente a intervenção

dos serviços de saúde. Estas evidências certamente podem adquirir maior poder na explicação e na intervenção quando articuladas às que foram obtidas nas análises qualitativas 50, 77 .

1 StataCorp, 1999. Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, TX: Stata Corporation

2 Hosmer, D.W. & Lemeshow, S.; 1989. Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons Ed., NY, USA.

3 Castanheira E. R. L., Nemes M. I. B. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Avaliação das características de estrutura e processo dos serviços de saúde, 1999 (mimeo) (em anexo)

4 Wright E.C. Noncompliance – or how many aunts has Matilda? The Lancet 342(8876): 909-913, 1993.

5 Eldred L. Adherence in the era of protease inhibitors. John Hopkins Aids SERVICE. Disponível na Internet < http://www.hopkins-aids.edu/jhas_htmlcode/jhas_outres/jhas_outres_therapy.html >, 1998.

6 Hales G., Mitchell J., Smith D. E., Kippex S. Validity of patient questioning versus pill count as an assessment of compliance. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32373.

7 Haubrich R., Little S., Dube M., Forthal D., Beall G., Kemper C., Hwang J., McCutchan J. A. Self reported treatment adherence and drug/alcohol use are associated with virologic outcomes in CCTG 570: a clinical strategy trial of HIV RNA anti-retroviral (ARV) monitoring. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32379.

8 Demasi R., Tolson J., Pham S., Capuano G., Graham N., Fisher R., Shaefer M., Eron J. Self-reported adherence to HAART and correlation with HIV RNA: initial results with the patient medication adherence questionnaire. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 94.

9 Bangsberg D., Hecht F. M., Charlebois E. C., Zolopa A. R., Holodniy M., Sheiner L., Chesney M. A. Moss A. R., Spontaneous Adherence (ADH) Audits (SAA) Predict Viral Suppression in the REACH Cohort. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 93.

10 Paterson D., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E., Squier C., Wagener M., Singh N.. How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 92.

11 Walsh J., Dalton M., Gill J., Wilkinson D., Burgess A. P., Gazzard B. G. Adherence to protease inhibitor based highly effective anti-retroviral therapy (HAART). In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 12298.

12 Hecht F.M., Colfax G., Swanson M., Chesney M.A. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In 5th Conf Retrovir Oppor Infect, San Francisco, 1998. Abstracts. San Francisco, 1997, n 151.

13 Gir E., Pratt R., Bunch E. H., Holzemer W. L. Adherence to anti-retroviral therapy: a four country comparison. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 60129.

14 Funches L., Mazzullo J. M., Miller-Mack E., Russell M., Ortega Z. Educational and support needs of people living with HIV (PLWH) to improve adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART). In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32333.

15 Ickovics R. J., Meisler W.A. Adherence in Aids clinical trials: A framework for clinical research and care. *J Clin. Epidemiol.* 50 (4) : 385-391, 1997.

16 Mehta S., Moore R.D., Graham, N.M.H. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids* 11: 1665-70, 1997.

17 Costa F.V. Compliance with anti-hypertensive treatment. *Clin. And Exper. Hypertension* 18(3&4): 463-472, 1996.

18 Burmann W. J., Cohn D.L., Rietmeijer C.A., Judson F. N., Sbarbaro J. A., Reves R. R. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis – epidemiology and effect on the outcome of treatment. *Chest* 111: 1168-73, 1997.

19 Oelzner S., Brandstädt A., Hoffman A. Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triamterene and hydrochlorothiazide. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 34(6): 236-242, 1996.

20 Corden Z.M., Bosley C. M., Rees P. J., Cochrane G. M. Home nebulized therapy for patients with COPD – Patient compliance with treatment and its relation to quality of life. *Chest* 112: 1278-82, 1997.

21 Conway S.P., Pond M. N., Hamnett T., Watson A. Compliance with treatment in adult patients with cystic fibrosis. *Thorax* 51: 29-33, 1996.

22 Coons S.J., Sheahan S. L., Martin S. S., Hendricks J., Robbins C. A., Johnson J. A. Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. *Clinical Therapeutics* 16(1): 110-117, 1994.

23 Coombs R. B., Jensen P., Her M. H., Ferguson B. S., Jarry J. L., Wong J. S. W.,

Abrahamsohn R. V. Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of non-compliance & inappropriate use of medication in Canada, University of Toronto Press, 1995.

24 Halkitis P., Remien R., Parsons J. T., Stirratt M. J. Factors related to protease inhibitor (PI) adherence among sexually active men-who-have-sex-with-men. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 60192.

25 Stone V. E., Adelson-Mitty J., Duefield C.A., Steger K. A., Stein M. D., Mayer K. H. Adherence to protease inhibitor (PI) therapy in clinical practice: usefulness of demographics, attitudes and knowledge as predictors. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32337.

26 Sipler A. M., Cross J. T., Lane D. R., Davis T. C., Williams L. M., Yarnold P. R., Lindau S. T., Bennett C. L. The Relationship Between Literacy, Race, and Adherence to Potent Anti-retroviral Therapies. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 108.

27 Saltini A. The prescription of treatment and the problem of adherence to the care on the part of the patient. *Recenti Prog Med.* 88(10):439-47, 1997.

28 Macllwain C. Better adherence vital in Aids therapies. *Nature* 390: 326, 1997.

29 Mirken B. How Much Does It Really Matter If You Take Yours Pills on Time? *Bulletin of Experimental Treatment of Aids* 1997. Disponível na Internet <<http://www.staf.org/treatment/beta/b34/b34pills.htm>> Fevereiro 1998.

30 Lyons C. HIV Drug Adherence: Special Situations. *JANAC* 8: 29-36, 1997.

31 Senack M. Predicting antiviral compliance: physicians' responsibilities vs patients' rights. *Journal of International Association of Physicians in Aids Care* 45-48, 1997.

32 Epidemia de Aids no Brasil: atualização, dezembro de 1998. Disponível na Internet <<http://www.aids.gov.br/udtv/tabelan/epidemia.htm>>, Junho 1999

33 Nokes K. M., Corless I.B., Brown M. A., Turner J. G., Powell-Cope G. M., Inouye J., Holzemer W. L. Are there gender differences in HIV adherence? In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32339.

34 Jimenez-Nacher I., Rodriguez-Rosado R., Anton P., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. Virological failure and adherence to anti-retroviral therapy in HIV-infected patients. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32350.

35 Goetz M. B., Rossman B. L. Evaluation of predictors of adherence in HIV-infected patients receiving combination anti-retroviral therapy. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32351.

36 Weidle P. J., Ganea C. E., Ernst J., McGowan J., Irwin K. L., Holberg S. D. Multiple reasons for nonadherence to anti-retroviral medications in an inner-city minority population: Need for a multifaceted approach to improve adherence. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32360.

37 Catz S., McClure J. B. HIV outpatient adherence: relation of disease status to appointment-keeping. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 42453.

38 Kosko D., Neff-Smith M., Kim M. Adherence barriers to complex anti-retroviral regimen: the perceptions of HIV+ women and nurses. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 65/32352.

39 Paiva V., Santos N., Ventura-Filipe E. M., Hearst N., Reingold A. Compliance with reverse transcriptase inhibitors or combination therapy among HIV+ women in Sao Paulo, Brazil. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32399.

40 Ortega F.P., Riviera J. M. P. S., García R. R., García J. G., Pérez-Herrero J. R. C., Rodríguez

J. J. V., Pérez-Medel A. P. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Clin Esp 197: 163-166, 1997.

41 Wenger N. A., Gifford A., Liu H., Chesney M., Golin C., Crystal S., Berry S., Coplan P., Bozzette S., Shapiro M. Patient characteristics and attitudes associated with antiretroviral (AR) adherence. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 98.

42 Knobel H., Serrano C., Hernández P., Pavesi M., Díez A . Acceptance of compliance with and tolerance to anti-retroviral treatment in patients with human immunodeficiency virus infection. Med Interna 14(9): 445-9, 1997.

43 Broers B., Morabia A., Hirschel B. A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. Arch Intern Med 154:1121-1127, 1994.

44 Broadhead R., Heckathron D. D., O'Connor P. G., Selwyn P. A. Increasing active drug users' adherence to HIV therapeutics. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 393/32336.

45 Mannheimer S., Hirsch Y., El-Sadr W. The impact of the ALR(tm) alarm device on anti-retroviral (AR) adherence among HIV-infected outpatients in Harlem. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32325.

46 Williams A., Wolf H., Yu C., Singh M., Adherence to anti-retroviral therapy among HIV positive women. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32374.

47 Elderly L., Medication adherence to long-term therapy in HIV disease. In XI International Conference on Aids Vancouver, 1996. Abstract Mo.B.1165.

48 Singh N., Squier C., Sivek C., Wagener M., Nguyen M. H., Yu V. L. Determinants of compliance with anti-retroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assesment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care* 8(3): 261-269, 1996.

49 Cox W.M., Blount J. P., Crowe P. A., Singh S. P. Diabetic patients' alcohol use and quality of life: relationships with prescribed treatment compliance among older males. *Alcohol-Clin-Exp-Res.* 20(2): 327-31, 1996.

50 Nemes M. I. B., Melchior R., Jordan M. S., Okazaki E., Komatsu C. L. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários, 1999 (mimeo) (em anexo)

51 Rich M.W., Gray D. B., Beckham V., Wittenberg C., Luther P. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *Am J Med* 101: 270-276, 1996.

52 Weiss J. J., Antoni M. H., Mulder C. L., Garssen B. Attitudes and age are related to adherence to combination therapy in HIV-1 positive gay men. In 12 th Wor l d Ai ds Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32331.

53 Nakashima A. K., Jones J. L., Burgess D. A., Ward J. W. Adherence to currently prescribed anti-retroviral therapies: results from a multisite interview project. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 392/32326.

54 Ohmit S., Schuman P., Schoenbaum E., Rompalo A., Cohen M., Richardson J., Sacks H., Young M. Adherence to anti-retroviral therapy (ART) among women in the HIV Epidemiology Research Study (HERS) and Women's Inter-Agency HIV Study (WIHS) . In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32347.

55 Johnston B. E., Ahmad K., Smith C., Rose D.N. Adherence to highly active anti-retroviral therapy among HIV-infected patients of the inner city. In 12 th Wor l d A i d s Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32389.

56 Dowell J., Hudson H. A Qualitative study of medication-taking behaviour. *Primary Care. Family Practice.* 14(5): 369-75, 1997.

57 Paes A. H. P., Bakker A., Soe-Agnie C. J. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care* 20(10): 1512-1517,1997.

58 Adherence and the HIV Community. BETA January 1998 Bulletin of Experimental treatment for Aids. Disponível na Internet <<http://www.dnai.com/~staf/treatment/>>

beta /b35/b35adhere.html>, Fevereiro de 1998.

59 Figueiredo R. M., Sinkoc V. M., Gallani M. C. B., Tomazin C., Cavinatto S. M., Assumpcao I. S. A., Colombrini M. R. C. Adherence of patients with Aids to treatment with anti-retroviral medications: Difficulties related and proposition of attenuating measures. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 42442.

60 Nieuwkerk P., Gisolf E. H., Van Leeuwen R., Danner S. A., De Boer J. B., Sprangers M. A. G. Self-reported adherence to ritonavir/saquinavir (RTV/SQV) and ritonavir/saquinavir/stavudine (RTV/SQV/d4T) in a randomized clinical trial: preliminary results. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32362.

61 Ostrop N., Hallett K., Gill M. J. Patient adherence to anti-retroviral therapy. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32377.

62 McElnay J.C., McCallion C. R., Al-Deagi F., Scott M. Self-reported medication non-compliance in the elderly. *Eur J Clin Pharmacol* 53: 171-178, 1997.

63 Ulrich G., Steinkamp G., Weber J., Welte T., Busse R., Wagner T. O. Why do adults with mucoviscidosis refuse a medically recommended course of intravenous antibiotic therapy? *Pneumologie* 51(8): 822-7, 1997.

64 Arabe J., Rubini N. P. M., Rodrigues A. C. A., Leal D. W. C., Freitas E. H. S., Sion F. S., Morais-de-Sa C. A. Factors which influence adherence to the use of protease inhibitors. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32404.

65 Nemechek P. M., Conry M., Westerfelt A., Eicher B., Chase G. W. Factors related to adherence (ADH) with protease inhibitors. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 12400.

66 Brigido L. F. M., Veiga A. P., d'Ambrosio A. C., Bueno A., Casseb J., Galbitt F. F. Low adherence in anti-retroviral users at Sao Paulo, Brazil. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32370.

67 Tuldra A., Bayes R. B. S., Ferrer M. F. L., Miguel L. M. A., Arno A. A. P., Clotet B. C. S. Visual Analogue Scale (VAS) to assess the difficulty to highly active anti-retroviral treatments (HAART) adherence. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 60535.

68 Gifford A. L., Shively M. J., Bormann J. E., Timberlake D., Bozzette S. A. Self-reported adherence to combination anti-retroviral medication (ARV) regimens in a community-based sample of HIV-infected adults. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32338.

69 Durvasula R., Golin C., Stefanik M. Determinants of medication adherence in HIV+ women: a pilot investigation. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts.

Geneva, 1998, n 32342.

70 Hedge B., Petrak J. A. Take as prescribed: a study of adherence behaviours in people taking anti-retroviral medications. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32348.

71 Burgos M., Revsin N. S., Vilas A., Fontan L. Obstacles in treatment adherence: patient reasons. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32400.

72 Lorenzen T., Stoehr A., Weitner L., Adam A., Jarke J., Plettenberg A. Compliance with anti-retroviral multidrug therapy in HIV-infected patients and reasons for non-compliance. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32371.

73 Salicru R., Winter C., Tanowski M., Rigal C., Bures N., Anastasio F., Bednar K. Comparison between physicians' and patients' advises about adherence to antiviral therapies. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 60481.

74 Dunbar-Jacob J. Contributions to Patient Adherence: is time to share the blame? Health Psychology 12(2): 91-92, 1993.

75 Scott-Lennox J., Braun J. F., Morrow J. E., Lawson K., Tirelli R., Dietrich D., Hergenroeder P., Kreiswirth S., McMeeking A., Mullen M., Weiz K. Development of the HIV treatment satisfaction survey (HTSS) to improve adherence and quality of outpatient care. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 12445.

76 Holzemer W. L., Inouye J., Brown M. A., Powell G. M., Corless I. B., Turner J. B., Nokes K. M. Psychological well-being and HIV adherence. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 32368.

77 Castanheira E. R. L., Capozzolo A. A., Nemes M. I. B. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços selecionados (mimeo), 1999, (em anexo)

** Não encontramos na literatura trabalhos que mediram a aderência aos ARV em amostras de população geral em países pobres. No Brasil, um trabalho que questionou diretamente 100 mulheres acerca do uso de doses e horários adequados encontrou adequação total máxima de 56% para o medicamento 3Tc e 21% para o medicamento Ddi.³⁹ Em outro trabalho que questionou 47 adultos de um serviço ambulatorial, 52,8% responderam que tomaram todas as doses prescritas.⁶⁴*

• Metodologia

• Resultados

• Discussão

Relatório do instrumento***

Instrumento

Entrevista Semi-estruturada com Usuário

- Instrumento

- Metodologia

- Resultados e Discussão

Relatório do instrumento***

Metodologia

A análise foi desenvolvida com base na metodologia de análise de conteúdo, utilizando técnicas de análise categorial, e de avaliação e expressão (Bardin, 1979; Minayo, 1992; Strauss & Corbin, 1990). Os passos metodológicos utilizados foram :

- Pré-análise e constituição do corpus. Foram escolhidas 37 entrevistas entre 103 coletadas. A escolha obedeceu a uma distribuição o máximo possível proporcional dos seguintes critérios: grau de aderência, gênero, características socioeconômicas (escolaridade e renda) e tempos de tratamento. Esta escolha inicial foi feita com base nas transcrições enviadas pelos serviços. Para as demais fases foram ouvidas todas as fitas e refeitas as transcrições do material gravado;
 - Verificação de normas de validade: exaustividade, homogeneidade e representatividade. Nesta fase foram eliminadas 3 entrevistas, por problemas de fidedignidade, restando as 34 aqui analisadas;
 - Leitura flutuante individual;
 - Leitura longitudinal em duplas de pesquisadores;
 - Discussão no grupo para verificação de coerência de cada um dos discursos;
 - Leitura transversal e início de codificação com base nas unidades de registro previstas no roteiro de entrevista; e
 - Formulação de pré-hipóteses e codificação, mediante duplas de codificadores independentes e acordo posterior nas duplas e no grupo de pesquisadores.
- A unidade de contexto utilizada aqui foi a entrevista como um todo.

Temas:

- Relação com os medicamentos;
- Opinião/reflexão sobre os medicamentos e sobre o tratamento;
- Vida atual e cuidados em geral, com destaque para uso de drogas;
- História da doença e do tratamento;
- Formulação de hipóteses, recodificação e análise categorial com base na presença, frequência, intensidade, direção e ordem dos conteúdos manifestos nos discursos.

Para a classificação de intensidade, direção e ordem, utilizou-se de análise de enunciação: figuras de retórica, dinâmica e estilo do discurso.

- Análise inferencial com base nas características da expressão do discurso em relação à perspectiva futura de aderência.

Para o teste das hipóteses e apresentação dos resultados, o grupo foi distribuído em quatro extratos de aderência. O grau 3 foi atribuído àqueles pacientes que tomam a medicação exatamente como a prescrita

pelo médico ou com pequenas variações nos horários. O grau 2 foi dado aos pacientes, que apesar de cumprirem a prescrição médica, eventualmente perdem doses ou ficam alguns dias sem tomar a medicação. O grau 1 coube aos pacientes que “pulam” doses sistematicamente. Os pacientes que no momento da entrevista haviam parado de tomar todas os ARV foram classificados no grau zero.

Nos níveis intermediários temos os exemplos de Solange, que sempre perde a dose da tarde e algumas vezes fica o dia todo sem a medicação e de Adão que toma somente duas das três drogas prescritas, além de “pular” doses e ficar às vezes sem nenhuma medicação no dia. Paulo toma corretamente a medicação, mas quando viaja não leva a medicação e perde a dose da tarde quando tem alguma atividade fora de casa. Um outro entrevistado, Valter, toma toda a quantidade prescrita em dose única, quando deveria fazê-lo em duas vezes.

Segundo esta classificação, dentre as 34 entrevistas, 15 foram classificados como muito aderentes (grau 3), 12 como não-aderentes (grau zero) e 07 ficaram nos níveis intermediários (graus 1 e 2), como mostra o quadro 1 . A discussão será apresentada junto com os resultados, a seguir.

Quadro 1

Grau de aderência ao tratamento com arv em 34 entrevistas semi-estruturadas

	USUÁRIO	GRAU DE ADERÊNCIA
Não-aderentes	André	0
	Célio	0
	César	0
	Charles	0
	Cristina	0
	Maria	0
	Nelson	0
	Rosângela	0
	Rose	0
	Valdete	0
	Valdir	0
	Verônica	0
	Intermediários	Adão
Solange		1
Jaqueline		2
Paulo		2
Rosenilda		2
Valter		2
Wellington		2
Muito aderentes	Alberto	3
	Alessandra	3
	Almira	3
	Antônio Carlos	3
	Arnaldo	3
	Clarice	3
	Edmar	3
	Francisco	3
	Gislaine	3
	Leticia	3
	Luciano	3
	Luís	3
	Maria Avelina	3
	Márcia	3
Maria Cleuza	3	

Características dos entrevistados

Os entrevistados são provenientes de 13 Serviços de Saúde, cuja distribuição está na tabela 1:

Tabela 1

Serviços de Saúde de origem dos entrevistados

SERVIÇOS	NÚMERO
Barueri	1
Bauru	2
Campinas	4
CRT	1
Cubatão	2
Guarulhos	2
Jaú	3
Mauá	2
RPr UBDS	3
Santo André	1
São Bernardo	1
São José dos Campos	2
São Vicente	4
Sorocaba CHS	5
Sorocaba MUN	1
Total	34

Para a caracterização social foram considerados escolaridade, ocupação, nível de vida referido (renda, bens, propriedades) e o grau de elaboração do discurso. Os entrevistados foram estratificados em A, B e C, sendo A o nível mais alto e C, o outro extremo. Nas 34 entrevistas escolhidas, 11 se caracterizavam como C, 19 como B e apenas quatro como A. Tal distribuição é semelhante à observada no universo de usuários da avaliação (vide relatório do Instrumento - Questionário Estruturado Para Usuários).

Tabela 2

Caracterização social de 34 entrevistados, segundo o grau de aderência

	Caract. Social A	Caract. Social B	Caract. Social C
12 - ADER.	0	9	3
15 + ADER.	4	7	4
7 + OU - ADER.	0	3	4
Total	4	19	11

Tabela 3

Caracterização de 34 entrevistados, segundo o gênero e grau de aderência

	FEMININO	MASCULINO
12 - ADER.	6	6
15 + ADER.	8	7
7 + OU - ADER.	3	4
Total	17	17

Quadro 2

Tempo de tratamento e tempo de descoberta de soropositividade para HIV

USUÁRIO	TEMPO DE TRATAMENTO**	TEMPO DE HIV
André	1 ano e 6 meses	1a 6m. Teste há 12 anos**
Célio	4 anos	4 anos
César	10 meses	5 anos
Charles	... *	2 anos
Cristina	3 meses	12 anos
Maria	4 meses	1 ano
Nelson	4 meses	3 anos
Rosângela	... *	5 anos
Rose	2 anos	7 anos
Valdete	1 ano	1 ano e 4 meses
Valdir	1 ano	2 anos
Verônica	6-7 meses	6-7 meses
Adão	8 meses	10 meses
Jaqueline	1 ano e 6 meses	2 anos
Paulo	2 anos	4 anos
Rosenilda	4 anos	7 anos
Solange	1 ano. Tomou AZT durante 3 meses no fim da gravidez	2 anos e 6 meses. O marido era soropositivo
Valter	2 anos	2 anos e 6 meses
Wellington	2 anos	2 anos e 6 meses
Alberto	4 anos	... *
Alessandra	2 meses	8 anos
Almira	1 ano	1 ano
Antônio Carlos	6 meses	8 anos
Arnaldo	2 anos	2 anos e 6 meses
Clarice	1 ano	7 a 8 anos
Edmar	1 ano	1 ano e 4 meses
Francisco	2 anos e 3 meses	2 anos e 9 meses
Gislaine	1 ano e 4 meses	1 ano e 6 meses
Leticia	1 ano	1 ano. Teste há 2 anos
Luciano	3 meses	3 meses
Luis	1 ano e 8 meses	2 anos. Teste há 4 anos
Ma. Avelina	3 a 4 meses	3 a 4 meses
Márcia	1 ano e 6 meses	3 anos
Maria Cleuza	1 ano	1 ano e poucos meses

* não consta a informação

** 3 entrevistados referiram ter feito o teste, mas somente terem ficado sabendo do resultado após um certo tempo. No caso de André o intervalo é de 12 anos, o que parece ter contribuído para o sentimento de “invulnerabilidade ao vírus” que ele manifesta na entrevista. Observe-se que a análise quantitativa mostrou que o grupo dos que têm tempos de conhecimento de teste maiores que 7 anos apresenta um maior risco de não

aderência (vide relatório Instrumento - Questionário Estruturado Para Usuário).

Tabela 4

Caracterização de 34 entrevistados, segundo o tempo da doença*

	< de 2 anos		2 a 5 anos		> de 5 anos		TOTAL	
12 - ADER.	4	33%	6	50%	2	17%	12	100%
15 + ADER.	7	47%	5	33%	3	20%	15	100%
7 + OU - ADER.	1	14%	5	72%	1	14%	7	100%
Total	12		16		6		34	

*Considerado o tempo que tomaram conhecimento do resultado do teste

Com relação ao tempo da doença, 47% dos mais aderentes têm menos que 2 anos de conhecimento da doença e do tratamento; enquanto entre o menos aderentes, metade se coloca entre 2 a 5 anos de doença.

Ressalte-se que todos os dados apresentados nesta caracterização não devem ser relacionados estatisticamente com a aderência observada, uma vez que estas características foram intencionalmente escolhidas, no sentido de incluir usuários de perfis diversos, ampliando assim, a validade das evidências encontradas.

A característica apresentada a seguir não foi intencionalmente escolhida. O tipo de esquema terapêutico prescrito figurou como uma pré-hipótese deste estudo. Entretanto, como se verá adiante, na análise dos resultados, não houve evidência suficiente para atribuir papel determinante a esta relação. Assinale-se que no estudo quantitativo ocorreu o mesmo: as variáveis que se mostraram fator de risco para a não-aderência mostraram-se independentes do esquema medicamentoso em uso (vide relatório do Instrumento - Questionário Estruturado para Usuário).

O quadro 3 mostra a diversidade de esquemas terapêuticos dos entrevistados.

Quadro 3

*Características dos entrevistados: esquemas terapêuticos prescritos**

USUÁRIO	ESQUEMA PRESCRITO
André	Vários esquemas
Adão	Vários (tríplice)
Alberto	AZT/DDI; AZT/3TC + IND
Célio	AZT/SAQ + 3TC
Jaqueline	Vários esquemas
Alessandra	AZT/DDC
César	AZT/DDI
Paulo	AZT/DDI; AZT/3TC
Almira	AZT/DDI; AZT/DDC
Charles	AZT/DDI
Rosenilda	Vários
Antônio Carlos	AZT + DDI
Cristina	AZT/DDI
Solange	AZT; AZT/DDI; AZT/DDC/SAQ
Arnaldo	AZT/DDI; AZT/IND/3TC
Maria	AZT/DDI
Valter	DDI + AZT
Clarice	Vários
Nelson	?; AZT/D4T/IND
Wellington	AZT/DDI; AZT/3TC/RIT
Edmar	AZT/DDI; DDI/D4T
Rosângela	AZT/DDI/d4T
Francisco	Vários
Rose	AZT/DDI
Gislaine	Vários
Valdete	AZT/DDI
Leticia	DDI/RIT; RIT/DDC
Valdir	AZT/DDI; AZT/ddC
Luciano	AZT/DDC
Verônica	AZT/DDI + ** IND
Luís	?; AZT/DDC/SAQ
Ma. Avelina	?; AZT/3TC/SAQ
Márcia	Vários
Maria Cleuza	AZT/DDI; AZT/3TC/IND

* Os esquemas são os citados na entrevista. Quando é citado esquema anterior

mas não os nomes dos medicamentos o espaço foi preenchido por (?).
*** Sinal (+) significa que ao esquema anterior foi adicionado outra droga.*

• **Instrumento**

• **Metodologia**

• **Resultados e Discussão**

Relatório do instrumento***

Resultados e Discussão

Relação com os anti-retrovirais

Baseada na intensidade de manifestação, dentro do discurso, foi realizada uma análise categorial de quatro subcategorias: Dificuldades Diretas, Modo de Vida ou Estigma da Doença, Crenças Negativas e Valorização de Outros Elementos para a Cura.

Dificuldades Diretas estão relacionadas, por exemplo, à dificuldade em dissolver ou engolir a medicação, intolerância ao cheiro ou ao gosto de determinado medicamento e aos efeitos colaterais diretos que o entrevistado atribui ao medicamento (tais como enjôo, vômito, dor de cabeça, diarreia, dor nas costas), porém não àqueles relatados pelo médico ao paciente, como anemia. Assinale-se que 21 dos 34 entrevistados manifestaram alguma avaliação negativa sobre a Didanosina, embora outros medicamentos também tenham sido mencionados.

...às vezes eu sinto dificuldade, nesse sentido de ter que diluir, porque é assim, chegou o horário, você pode estar em qualquer lugar...por exemplo, eu estou aqui, se eu tiver que tomar o remédio, eu tenho que ajeitar ele aqui e ir tomar água...foi esse Videx que me irritou, aí eu fiz uma coisa que não devia ter feito, eu joguei ele no lixo... (Edmar)

... ele demora muito para dissolver, eu não tenho aquela paciência, eu queria que fosse que nem um remédio assim, que nem o AZT, que você pega a cápsula e engole já... (Antônio Carlos)

É, inclusive esse Norvir aí, eu cheguei numa fase que eu não conseguia nem olhar para ele, e ele é de geladeira, eu não conseguia, são seis comprimidos cada dose. (Jaqueline)

As subcategorias Modo de Vida e Estigma foram agrupados na mesma subcategoria, porque mantiveram relação muito próxima e mesmo, por vezes, interdependentes. Aqui, foram considerados a necessidade de esconder a medicação em qualquer espaço social (casa, trabalho, amigos etc.); incompatibilidades relacionadas aos hábitos de sono, hábitos sociais em geral, tipo de trabalho, trabalho doméstico e de cuidado com familiares, dificuldade em carregar a medicação para o trabalho ou em viagens, uso de álcool e de outras drogas.

A subcategoria foi algumas vezes expressa como a necessidade de sempre estar “carregando uma sacolinha”, como coloca André:

...onde vai tem que ir com o pacote do remédio, até é chato você abrir um monte de remédio...

Já Paulo apresenta dificuldades em suas viagens ou no seu trabalho: O lugar, só isso, por causa das pessoas não. Se eu estou no mato...às

vezes o horário eu acabo esquecendo. Geralmente é mais esquecimento, por causa do horário ou no caso de viajar e esquecer de levar mesmo....mas na temporada agora eu estava trabalhando com carrinho de praia...Ali eu geralmente atrasava o horário do remédio, ou não tomava, ou às vezes tomava de manhã e à noite, o da tarde eu não tomava, porque tinha que ficar ali direto no atendimento do pessoal ali e não tinha como tomar.

Observe-se que, com relação ao estilo de vida, apenas duas mulheres registraram o fato de ter tido dificuldade em realizar seu tratamento em decorrência de cuidar de outro familiar com HIV/aids. Rose relata que o marido estava doente, mas não reforça isto como fator principal de sua não aderência :

... aí eu parei de vir...meu marido ficou doente, embora ele não ficou doente assim o ano todo, mas...teve outros problemas.

Já com Verônica esta relação foi intensamente manifestada : Mas o que me descontrolava mais era ver que meu filho também se irritava muito para tomar... tinha a parte dele, então eu tinha que ser mãe, mãe portadora e tinha que cuidar do meu filho que é portador...

Outro fator relacionado ao modo de vida é o uso de drogas. As entrevistas apontam que o fator uso de drogas isolado não parece ser determinante para a não-aderência, mas sim o descontrole da vida gerado pelo abuso, manifesto por dois entrevistados. Valdir relaciona enfaticamente o abandono da medicação ao abuso de drogas:

...estava começando a me habituar com eles... comecei a beber de novo, usar droga.

O abuso isolado de álcool também aparece, como relata Adão: ...comecei a dar uns cortes no remédio, falei, bom, hoje eu não vou tomar o remédio, vou dar uma saída prá gandaia...(beber) ah, não, eu nasci prá gandaia...

Ficou evidente que uso do álcool deve ser tema obrigatório de discussão com o paciente. A crença bastante difundida de que bebida e remédio não se misturam faz com que pessoas habitualmente aderentes deixem de tomar a medicação quando bebem, como Márcia:

não tomei porque bebi cerveja...não, eu não perguntei pro médico se podia..., eu não costumo tomar cerveja, nada, mas fim-de-ano é uma data especial. Então eu tenho medo de misturar, eu acabo deixando ele (o medicamento) de lado se eu vou tomar alguma bebida alcóolica... Essa dúvida (da bebida) eu não tirei ainda.

Já usuários mais informados podem conseguir manter a medicação compatibilizando-a com seus hábitos, como relata Luciano:

...que nem, eu saio no Sábado à noite, numa festa e quero tomar uma cerveja, eu tenho que tomar às onze o remédio, eu não tomo ele às onze. Eu bebo umas duas ou três cervejas... aí depois que eu for para minha casa... antes de dormir eu tomo...

O estigma é marcadamente importante nos discursos de alguns entrevistados, retratadas nas formas de esconder a medicação para que a doença não seja descoberta, como no caso de Valdete:

... só que eu tomava escondido da minha mãe, porque minha mãe não sabia, então eu escondia esse remédio na casa dessa minha amiga, eu ia lá logo de manhã, acordava, ia lá, tomava em jejum,...trazia comigo os outro que ia tomar, escondia e depois ficava tomando até a hora de dormir...

E no de Rosângela:

...eu tinha que tomar escondido dos outros...(no trabalho) acham que é câncer, mas ninguém pode saber.

Crenças Negativas foram consideradas efeitos relatados como decorrentes da medicação, sem no entanto estarem relacionados diretamente com a sua tomada, como “o remédio é que mata”, “AZT é para câncer”, “muito remédio faz mal”, “remédio deixa bobo”, “precisa descansar do remédio”, ou então:

... meu medo era de começar tomar o AZT e como eu já tinha me recuperado, eu achava que era uma coisa que ia chamar mais, sabe, ia puxar mais doença... (Antônio Carlos)
Porque eu achava que tinha que dar uma descansada, eu tinha que dar uma parada... até a minha mãe achava que eu tava ficando, que eu tinha criado uma superpotência dentro de mim em função dos remédios. (Arnaldo).

Como Valorização de Outros Elementos, considerou-se o relato de fatores que o usuário valoriza no seu processo de cura, que não os anti-retrovirais. Esperava-se que fossem bastante mencionadas as terapias alternativas. No entanto, elas só foram encontradas em uma entrevista e com presença pouco intensa. O que foi encontrado de uma forma bastante significativa e em diversos graus de intensidade foi a valorização da “cabeça”, “fator psicológico” ou “alto-astral”:

...é importante você trabalhar sua cabeça...o principal é tua cabeça, a mente da pessoa.. (César).
... a minha cabeça manda mais que o vírus... (André).

A pontuação da análise das subcategorias de todas as entrevistas classificou os entrevistados nos níveis: 0 para ausência, 3 para um discurso muito caracterizado pela subcategoria e intermediariamente 1 e 2, como mostra o quadro 4:

Quadro 4

Dificuldades com os ARV manifestas em 34 entrevistas

Usuário	Diretas		Estilo de vida/ estigma		Crenças negativas		Valor outros elementos	
	Pas	Atual	Pas	Atual	Pas	Atual	Pas	Atual
André	3	Na	2	Na	3	3	3	3
Célio	1	Na	2	Na	0	0	0	0
César	1	Na	3	Na	2	2	2	2
Charles	3	Na	0	Na	3	3	2	2
Cristina	3	Na	0	Na	2	...	2	2
Maria	1	Na	0	Na	2	2	2	2
Nélson	2	Na	0	0	0	0	0	0
Rosângela	0	Na	3	Na	2	2	0	0
Rose	3	Na	1	Na	0	0	1	1
Valdete	0	Na	3	Na	0	0	3	3
Valdir	2	Na	3	Na	0	0	0	0
Verônica	3	Na ⁺	2	Na	0	0	0	0
Adão	3	1	3	2	0	1	0	0
Jaqueline	3	3	0	1	0	0	0	0
Paulo	3	0	3	2	0	1	0	0
Rosenilda	2	0	3	1	0	0	0	0
Solange	3	2	0	0	1	1	0	0
Valter	1	0	3	3	0	0	0	0
Wellington	3	1	1	1	2	1	0	0
A.Carlos	0	0	0	0	2	0	3	3
Alberto	...	1	0	0	1	1	0	0
Alessandra	Na ^{**}	1	0	0	0	0	1	1
Almira	3	0	0	0	0	0	0	1
Arnaldo	1	0	0	0	1	0	0	0
Clarice	1	0	1	0	0	0	1	1
Edmar	3	0	3	2	1	0	0	0
Francisco	3	2	0	0	0	1	0	0
Gislaine	3	1	0	0	0	0	0	0
Letícia	3	1	0		0	0	0	0
Luciano	1	0	2	2	0	0	0	0
Luis	0	0	1	0	1	0	1	1
M Avelina	2	0	0	0	0	0	0	0
M Cleuza	3	1	2	0	0	0	0	0
Márcia	3	0	0	0	0	0	0	0

abreviações: **Na** = não se aplica; **Pas.** = passado; ... não consta a informação

“Não se aplica” foi usado no presente nas dificuldades diretas e nas decorrentes de estilo de vida e estigma dos não aderentes, porque estas dificuldades não estão mais presente pelo fato dos mesmos não estarem mais tomando medicação. Já crenças e outros elementos podem estar no presente e/ou no passado.

** Está em seu primeiro esquema, portanto, as dificuldades somente se referem ao presente.

A tabela seguinte mostra as dificuldades dos usuários no passado. Optou-se por realizar esta análise porque a comparação do presente complica-se, já que os não-aderentes deixam de apresentar algumas categorias por não estarem ingerindo a medicação. Para cada grupo, os valores foram obtidos pela soma de pontos negativos para cada dificuldade isolada e sua porcentagem em relação à soma de todos os pontos negativos das subcategorias. A tabela aponta que no caso dos pacientes muito aderentes e nos de aderência intermediária, as dificuldades diretas contribuem com mais de 50%.

Para os não-aderentes, apesar de também existir uma grande porcentagem de dificuldades diretas, há uma proporcionalidade entre as outras subcategorias.

Chamam a atenção as dificuldades decorrentes do estigma e estilo de vida, mostrando que a complexidade do tratamento e da doença têm uma grande influência na aderência, e que, portanto, a prescrição da medicação deve ser vista de maneira mais ampla, abarcando não apenas as dificuldades com efeitos colaterais que o usuário possa vir a ter, mas valorizando sobretudo a maneira do mesmo se relacionar com sua doença, seu tratamento e com o mundo.

Tabela 5

Dificuldades com os ARV manifestas em 34 entrevistas no passado

Usuário	Diretas	Estilo de Vida ou Estigma	Crenças	Valor de Outros Elementos	Total de Pontos Neg.
André	3	2	3	3	11
Célio	1	2	0	0	3
César	1	3	2	2	8
Charles	3	0	3	2	8
Cristina	3	0	2	2	7
Maria	1	0	2	2	5
Nelson	2	0	0	0	2
Rosângela	0	3	2	0	5
Rose	3	1	0	1	5
Valdete	0	3	0	3	6
Valdir	2	3**	0	0	5
Verônica	3	2	0	0*	5
Total	21	19	14	15	
% total	31	27	20	22	100
Adão	3	3**	0	1	7
Jaqueline	3	0	0	0	3
Paulo	3	3	0	0	6
Rosenilda	2	3	0	0	5
Solange	3	0	1	0*	4
Valter	1	3	0	0	4
Wellington	3	1	2	0	6
Total	18	13	3	1	
% total	51	37	9	3	100
A. Carlos	0	0	2	3	5
Alberto	??***	1	1	0	2
Alessandra	1	0	0	1	2
Almira	3	0	0	1	4
Arnaldo	1	0	1	0	2
Clarice	1	1	0	1	3
Edmar	3	3	1	0	7
Francisco	3	0	0	0	3
Gislaine	3	0	0	0	3
Leticia	3	0	0	0	3
Luciano	1	2	0	0	3
Luis	0	1	1	1	3
M.Avelina	2	0	0	0	2
M.Cleuza	3	2	0	0	5
Total	27	10	6	7	
% total	54	20	12	14	100

M. Cledza	3	2	0	0	5
Total	27	10	6	7	
% total	54	20	12	14	100

** os discursos destes usuários tiveram marcante conteúdo religioso que, no entanto, não foi considerado como valorização de outro elemento por nos parecer uma categoria a ser tratada a parte, já que em alguns discursos este fator parece ser negativo para a aderência (como neste dois casos). Porém, em outros, parece não interferir ou até mesmo contribuir com a aderência.*

Mais do que a “crença religiosa “ em si, a forma de relacionar-se com ela parece muito mais importante.

*** o estilo de vida aqui está relacionado ao abuso de drogas, incluindo o álcool.*

**** neste caso, o passado não foi apropriadamente investigado.*

História da Aderência: os sintomas e o “teste” da medicação

A indicação médica de início da terapia ARV, baseada em parâmetros laboratoriais, não tem, como é óbvio, o mesmo significado para os usuários. A sintomatologia é muito mais concreta. De fato, sintomas valorizados pelos pacientes e aderência mostram relação importante. Nos quadros 5 e 6 classifica-se a história dos sintomas, levando em consideração a valorização no discurso dos sintomas relatados. Assim, por exemplo, “fraqueza” foi muito valorizada para alguns pacientes e para outros não. Da mesma forma, algumas situações possivelmente mais graves, como toxoplasmos, e foram pouco valorizadas para alguns dos entrevistados.

Portanto, como podemos observar no quadro 6, 50 % dos não-aderentes ou não tiveram sintomas ou valorizaram pouco os sintomas que tiveram. A relação é a inversa a dos aderentes que em 60% dos casos tiveram relatos fortemente valorizados de sintomas.

Quadro 5

Evolução da aderência e dos sintomas valorizados pelos entrevistados *

Usuário	Evolução da aderência	Evolução dos sintomas
André	1-0	2-0
Alberto	3	3-0
Célio	3-0-2-0	1-0
Alessandra	3	0
César	3-0	2-0-1-0-1
Almira	1-3	0-3-0
Charles	1-0	0-2
Antônio Carlos	3	3-0
Cristina	3-0	0-1-0
Maria	3-0	1-0
Arnaldo	1-2-3	3-0
Nélson	1-0	0
Clarice	1-3	3-0-2
Rosângela	3-0	2-0
Edmar	2-0-3	1-0
Rose	1-0	0-3-0
Francisco	3	3-0-1-0
Valdete	3-0	0
Gislaine	3	2-3
Valdir	1-2-0	0
Leticia	0-1-3	2-1
Verônica	2-0	3-1
Luciano	3	2-0
Adão	1	3-0
Luis	2-0-3	0-1
Jaqueline	2	2-3-0
Márcia	3-0-3	0-1-0
Paulo	2	1-0
Maria Cleuza	1-3	2-3-0
Rosenilda	1-0-2	2-0
Solange	3(AZT/ gravidez)-1	2-0-1
Valter	2	3-0
Wellington	1-2	0

**Na história da doença, classificou-se de 0 a 3 a presença e intensidade no discurso dos sintomas apresentados.*

Quadro 6

Relação entre sintomas valorizados pelo usuário e aderência de 34 entrevistados

	Mais aderente		Não-aderentes		Mais ou menos aderentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem sintomas(0) ou pouco valorizados (1)	4	27%	6	50%	2	29%
Forte valorização dos sintomas (3)	9	60%	2	17%	3	43%

Tem sido reconhecida na literatura sobre aderência em doenças crônicas, a importância de uma espécie de “teste” ao qual, freqüentemente, os pacientes submetem a medicação, sobretudo no início do tratamento (Dowell & Hudson, 1997). Para os que iniciaram o tratamento sintomáticos, a evolução positiva pode representar um teste positivo da eficácia dos medicamentos. Este parece ser o caso de Alberto e de Walter, para os quais a melhora foi muito valorizada para “justificar” a aderência atual:

melhorou muito...Porque eu já vi um resultado cem por cento real. Eu tava ruim, eu fiquei bom, e isso se deu ao fato de estar tomando a medicação. (Alberto)

Tinha emagrecido, não tinha vontade de nada, eu deitava no sofá e esperava a morte chegar. (...) Aí quando eu falei, vou tomar a medicação direitinho, comecei a tomar e fui me recuperando, graças a Deus.” (Almira) (...) Se não fosse eu achar a medicação, eu teria já ter levado à infecção, ou já teria...sei lá eu, teria acontecido o pior e eu nunca caí, graças a Deus. (Almira) modificaram porque antes eu tava mal mesmo ...depois que comecei a tomar eles para mim foi ótimo, não tenho nada mais. (Walter)

Entretanto, há outros para os quais este “teste” não parece tão definitivo, pois afirmam que agora estão bem, que “até poderiam parar com o tratamento”, só retomando-o quando os sintomas reaparecessem, como é o caso de Adão:

começou a dar uma melhorada , já até comecei a cortar remédio por conta...eu falei , bom, eu já não vou mais tomar Crixivam...tô forte...tô ciente que só este AZT bastaria.

Para estes, talvez, os exames representem o “futuro teste”, como para Antonio:

...eu tava com 2.900, aí eu estava esperando o segundo para ver, se não desse uma abaixada, se aumentasse a carga viral, aí eu ia parar de vez...

Já os assintomáticos só dispõem dos “exames”. Além disso, dois números que, em certas condições, podem representar a única forma de avaliação do tratamento que o paciente entende como “concreta”, são o número CD4 e o da carga viral. A representação de resultados de exames laboratoriais como principal imagem da doença é muito forte e sustenta o “teste”: “se os exames melhorarem, continuo tomando a medicação”. Ou ainda para os que, como Valdete, Rose e Cristina, tomaram a medicação por um determinado período e a interromperam “para esperar novos exames”.

... agora, a partir desse exame de CD4 que eu vou fazer é que eu vou começar a pensar... se aumentou o meu CD4, eu não vou tomar os remédios, pode ter certeza. Agora, se diminuiu, eu vou tomar. (Valdete)
eu pretendo voltar...ver como estão os exames, ver como está e, se precisar tomar, fazer uma forcinha a mais e tomar. (Rose)

... como a minha médica falou, eu não tenho outra saída. Agora a carga viral está muito alta, se eu não tomar o coquetel, a hora que eu ver, eu já caí.” (Cristina).

Em algumas circunstâncias, este tipo de “teste” pode ser radical e trágico: é o caso típico de Charles, que fez com a esposa o seguinte acordo: ela seguiria rigorosamente o tratamento, e ele não. Após algum tempo, O CD4 da esposa havia caído, enquanto o dele subira. Com este “teste”, quase “científico”, Charles sente-se agora “autorizado” para afirmar que tomar os ARV é o “mesmo que tomar água.

Para o médico, o CD4 e a carga viral são, na verdade, indicadores laboratoriais da evolução da doença com determinadas especificidade, sensibilidade e valor preditivo. Esta construção abstrata precisa ser “decodificada” no diálogo com o paciente, sob pena de ocorrer o que ficou aqui evidente: assumir o resultado destes exames com um significado muito maior, o significado da própria doença * .

... quando comecei o tratamento... o CD4 estava em 30, aí foi para 160, aí caiu para 110, voltou a subir novamente, agora tá com 140, 147... Não está alto, está baixo, mas podemos sobreviver. (Francisco)

Porque eu fiz o exame CD4 antes do Natal, e fiz o PCR que é a quantidade de vírus que você tem no organismo. O Dr. A, assim me deu até um presente de Natal. Meu CD4 tinha abaixado, tudo bem, estava 214, até aí é normal, e o vírus estava em 2.300. Quer dizer super baixo, pela quantidade que eu já vi minhas amigas terem aqui. É praticamente nada. (Almira)

* Esta tecnificação do diálogo com o paciente aparece de modo

mais claro na análise do processo de trabalho predominante nos serviços (relatório dos Instrumentos: Observação do Processo do Trabalho; e Entrevista Semi-estruturada com Profissionais).

História da aderência: a superação das dificuldades

É importante atentar para o fato que todos os usuários tentaram tomar a medicação prescrita. Ou seja, mesmo os não-aderentes tiveram um período de alguma aderência, e essa aderência está concentrada no início do tratamento. Por outro lado, mesmo os pacientes mais aderentes tiveram seus momentos de não-aderência, normalmente ligados às dificuldades do início do tratamento. Portanto, é imprescindível o acompanhamento deste período com especial atenção. Apenas 6 entrevistados não relataram dificuldades no início do tratamento, sendo que, destes, dois têm apenas de 2 a 3 meses de tratamento.

A história dos aderentes é uma história de superação das dificuldades, de mudança de comportamento e de estilo de vida, como expressam Maria Cleuza, Gislaine e Luís:

E o Videx...era horrível porque tinha dia que eu vomitava, dava ânsia de vômito... No começo foi bem horrível, agora eu não tenho problema assim, não é tão ruim assim, o problema é só ficar atenta à hora, só isso. (Maria Cleuza)

não é que eu não perceba mais que estou tomando remédio ...a rotina do meu hábito de tomar remédio já está passando despercebido...já não é tão agressivo. (Gislaine)

No começo foi difícil acertar, aquela coisa do coquetel, do horário, até do preconceito, até eu tinha um pouco de preconceito, agora, hoje tudo bem. Hoje eu tomo como se fosse normal. (Luís)

A superação do abuso de drogas é também muito importante.

... aí me avisaram que quanto mais eu bebesse ou usasse droga era pior e tal, aí eu fui deixando, até que agora eu consegui eliminar tudo. (Clarice)

Já bebi muito, já bebi muito....sempre bebi... (e hoje?) Às vezes eu tomo uma cervejinha, às vezes, fim-de-semana ...não como eu fazia antes. (Arnaldo)

Ressalte-se que, enquanto o abuso atual de drogas apresenta nítido papel na determinação da não-aderência, o abuso de drogas no passado não joga papel importante, tal como também confirmado na análise quantitativa (vide relatório do Instrumento-Prevalência da Aderência

e Fatores Associados).

Dos 34 entrevistados, 18 referiram algum tipo de abuso no passado e destes apenas 2 manifestaram a manutenção do hábito no presente. Entre os 16 que relatam ter superado o abuso, 4 são não-aderentes, 4 mais ou menos e 8 aderentes.

Tabela 6

Grau de aderência atual entre usuários que relatam abuso de drogas no passado

Tipo de Abuso*	Nº de usuários	Não-aderentes	+ou - Aderentes	Aderentes
UDI	6	2	1	3
COCAÍNA	3	2	-	1
ÁLCOOL**	9	2	3	4
TOTAL	18	6***	4	8

* os usuários que referiram mais de um tipo de abuso foram classificados em apenas um, na ordem da tabela. Os usuários que referiram uso de crack estão contidos entre os UDI.

** somente estão incluídos relatos claros de abuso.

*** destes, 2 mantêm o abuso de drogas hoje.

A tabela 7 pontua as dificuldades dos entrevistados no presente. Se comparada com a tabela 5, o total de pontos dos mais ou menos aderentes passou de 35 para 21 e dos mais aderentes de 50 para 20, o que indica a importância da superação das dificuldades.

Tabela 7

Dificuldades com os ARV manifestas no presente nas entrevistas com aderentes e mais ou menos aderentes

Usuário	Dificuldades diretas	Estilo de vida estigma	Crenças negativas	Valor de outros elementos	TOTAL
Adão	1	2	1	0	4
Jaqueline	3	1	0	0	4
Paulo	0	2	1	0	3
Rosenilda	0	1	0	0	1
Solange	2	0	1	0	3
Valter	0	3	0	0	3
Wellington	1	1	1	0	3
Total					
% total do grupo	33	48	19	0	100
A.Carlos	0	0	0	3	3
Alberto	1	0	1	0	2
Alessandra	1	0	0	1	2
Almira	0	0	0	1	1
Arnaldo	0	0	0	0	0
Clarice	0	0	0	1	1
Edmar	0	2	0	0	2
Francisco	2	0	1	0	3
Gislaine	1	0	0	0	1
Leticia	1	0	0	0	1
Luciano	0	2	0	0	2
Luis	0	0	0	1	1
M. Avelina	0	0	0	0	0
M. Cleuza	1	0	0	0	1
Márcia	0	0	0	0	0
Total	7	4	2	7	20
% total do grupo	35	20	10	35	100

Total	7	4	2	7	20
% total do grupo	35	20	10	35	100

Comunicação e negociação no serviço de saúde

A superação das dificuldades passa pela possibilidade de comunicação e de negociação com a equipe de saúde e, sobretudo, com o médico. Mudar o esquema quando o paciente não consegue tomar a medicação é uma escolha terapêutica possível, que, entretanto, pode não estar apresentada para ele, como retrata Márcia:

eu achava que já que eu tinha largado de um remédio, não adiantava tomar os outros...depois eu conversei com a médica e ela trocou os remédios.

O papel da equipe de saúde na aderência novamente se coloca quando os entrevistados justificam o “pular dose” para “acertar o horário”, como manifestaram claramente 6 entrevistados, entre eles Márcia:

Esqueci....aí à noite eu não tomo porque não tomei de manhã.(...) Porque é de 12 em 12 horas. Daí eu tinha tomado às 8 da manhã, daí agora eu fico em dúvida se eu tenho que tomar às 8 da noite.

Ou Alberto:

Aí tu fala: já passou uma hora, mas aí se eu tomo já vai ficar perto da outra dose. Aí eu já não tomo.

É evidente que os usuários desconhecem farmacologia, nada sabem sobre interação com drogas (como comentado acima com a questão do uso do álcool) e não fazem idéia do que é meia vida da medicação. Não é possível, portanto, que, sem orientação, entendam que a opção “atrasar o horário” é melhor que “pular dose”.

Apenas um entrevistado, Luís, manifestou manejo adequado desta questão:

Às vezes, eu acordo um pouco tarde, daí o horário tem que modificar, ou vou dormir mais cedo. (Toma antes?) Tem que tomar, antes ou depois.

A impossibilidade de diálogo chega, às vezes, a extremos, como no caso de Cristina que não se “achava no direito” de freqüentar o serviço porque “desobedecera” a prescrição:

...que médico ia aceitar alguém que não toma os remédios?
(Cristina)

Felizmente, Cristina foi, mais tarde, chamada e bem recebida no serviço e hoje manifesta a decisão de retomar o tratamento. Já para Charles, o reencontro com o serviço parece ter sido pouco acolhedor e mesmo autoritário. A resposta que ele obteve parece ter sido apenas a negação de seu “teste”:

... eu fiz uma prova: minha mulher tomava remédio certinho e o CD4 dela abaixou e o meu aumentou, e eu não tomava. Isso que eu ficava meio doido. E essa médica aí teima que não.. Ela quis dizer que o remédio aumenta. Aí eu falei: ‘mas minha mulher tomou o dela diminuiu, eu não tomei e aumentou.....eu melhorei. Aí eu falava para ela (médica)....a senhora quer saber melhor do que eu do meu organismo? Ela teima comigo. Então vai exaustando. Ela quer do jeito dela, ela é médica...eu vou fazer o quê? Então fico quieto para não fazer bobeira .

A perspectiva de aderência

Por meio da análise do conteúdos dos discursos, utilizando como unidade de contexto a entrevista como um todo, foi possível fazer uma inferência sobre a perspectiva de tratamento de cada um dos entrevistados e agrupá-los segundo a motivação para continuidade do tratamento.

Desta forma, os mais aderentes que não tinham nenhuma dúvida com relação à continuidade de tratamento foram agrupados sob a expressão “tomo para melhorar” e receberam a graduação zero. Os que afirmaram que vão continuar o tratamento, porém não possuíam uma forte convicção que os fizesse tomar a medicação de maneira correta, perdendo doses freqüentemente ou deixando de tomar vários dias de maneira rotineira, ou os que estavam em abandono por algum motivo e estavam dispostos a voltar, foram agrupados com a expressão “vou tomar” e receberam graduação negativa 1. Já os entrevistados que não estavam tomando a medicação e condicionavam sua retomada a resultados de exames que demonstrassem a necessidade do tratamento, receberam a expressão “se precisar, eu tomo” e tiveram pontuação negativa 2. Finalmente, aqueles pacientes que referiram não estar dispostos a tomar ou ainda não sabiam se o fariam, ficaram com a expressão “não sei ou não vou tomar” recebendo graduação negativa 3.

O quadro 7 mostra esta distribuição da perspectiva da aderência, ao lado da aderência atual, que possui a graduação inversa.

Quadro 7

Aderência atual e perspectiva da aderência entre 34 entrevistados

USUÁRIO	GRAU DE ADERÊNCIA	PERSPECTIVA DA ADERÊNCIA
André	0	3
Alberto	3	0
Célio	0	2
Alessandra	3	0
César	0	2
Almira	3	0
Charles	0	3
Antônio Carlos	3	0
Cristina	0	1
Maria	0	2
Arnaldo	3	0
Nélson	0	2
Clarice	3	0
Rosângela	0	3
Edmar	3	0
Rose	0	2
Francisco	3	0
Valdete	0	2
Gislaine	3	0
Valdir	0	1
Leticia	3	0
Verônica	0	3
Luciano	3	0
Adão	1	1
Luis	3	0
Solange	1	1
Maria Avelina	3	0
Jaqueline	2	0
Paulo	2	0
Márcia	3	0
Rosenilda	2	0
Maria Cleuza	3	0
Valter	2	0
Wellington	2	0

Entre os aderentes atuais todos manifestaram intenção de continuar o tratamento.

O mais relevante é o fato de que apenas quatro dos usuários não-aderentes têm uma pior perspectiva de aderência (grau 3). Entre eles, entretanto, apenas Charles parece mais firmemente resolvido a não tomar a medicação. Já André, Verônica e Rosângela manifestam-se de outro modo:

(Você está disposto a continuar o tratamento?) Se melhorar (os remédios) com certeza, eu penso, sempre pensei, é que eu não consegui mesmo, força eu fiz, tomei todos os tipos de remédios, todos eles fizeram mal para mim, eu não me adaptei com a quantidade de comprimido. (André)

Ao meu filho, creio, tenho obrigação de dar, mas eu tenho direito de escolher se eu quero ou não o tratamento. E eu falei para ele assim (para o médico), que não estava sentindo agora de continuar o tratamento, mas que eu iria buscar Deus, e ia ver o que ia fazer, e, assim que viesse trazer os novos exames para ele, eu ia falar para ele se continuarei o tratamento ou não (Verônica)

Estas evidências corroboram a literatura recente acerca de aderência em aids * : é provavelmente bastante efetivo investir nos não aderentes.

A literatura e as experiências práticas dos serviços contêm muitas sugestões de estratégias positivas neste sentido. À guisa de conclusão, gostaríamos de ressaltar o fundamental papel da comunicação nestas estratégias.

É como eu te disse: tenho até o dia 21 para pensar no que eu vou fazer. (Rosângela, que não toma nenhuma medicação há meses) Precisamos conversar, conversar mesmo, com a Rosângela, antes “do dia 21”.

Apoios Bibliográficos:

Bardin, L. Análise De Conteúdo. Lisboa. Edições 70, 1979.

Dowell, J; Hudson, H. A Qualitative Study Of Medication-Taking Behaviour In Primary Care. Family Practice, v. 14, Nº 5, Pp369-75, 1997.

Minayo, Mcs. O Desafio do Conhecimento. Hucitec-Abrasco, 1992.

Strauss, A; Corbin J. Basics Of Qualitative Research. London, Sage, 1990.

• Instrumento

• Metodologia

• Resultados e Discussão

Relatório dos instrumentos****

Instrumentos

- **Observação do Processo de Trabalho**
- **Entrevista Semi-estruturada com Profissionais**

• **Instrumentos**

• **Introdução**

• **Resultados**

Relatório dos instrumentos****

Introdução

Os Instrumentos - Observação do Processo de Trabalho e Entrevista Semi-estruturada com Profissionais, respectivamente entrevista com profissionais e observação da assistência, são instrumentos qualitativos que objetivaram a identificação de características do modo de operar a assistência que possam ser relacionadas à questão da aderência. A caracterização dos serviços, já realizada de modo descritivo pelos Instrumentos Histórico dos Serviços, Estrutura de Apreciação do Dirigente sobre Qualidade do Serviço e Questionário Estruturado para Características de Estrutura e Processo dos Serviços (vide relatórios), assume agora um sentido mais analítico, ao tomar o processo de trabalho como categoria principal. Os objetivos específicos desses instrumentos podem ser assim sistematizados:

- a.** Caracterização do processo de trabalho de assistência ambulatorial a pacientes com HIV/aids;
- b.** Caracterização da comunicação serviço/usuário; e
- c.** Identificação de fatores vinculados ao processo de trabalho relacionados à aderência.

As entrevistas foram feitas com os profissionais diretamente inseridos nas atividades de rotina dos serviços ambulatoriais e com a gerência local. Como “atividades de rotina”, considerou-se aquelas pelas quais todos os pacientes passam obrigatoriamente em seu percurso assistencial. Os profissionais foram escolhidos a partir de informações obtidas nas entrevistas com os gerentes e coordenadores de áreas, procurando-se selecionar aqueles que apresentassem diferentes perfis de interação com o paciente e com a equipe.

As entrevistas foram semi-estruturadas, abordando como temas principais a experiência em trabalhar com pacientes HIV/aids, o trabalho no ambulatório - as atividades de rotina e seus conteúdos principais, e a abordagem do uso de ARV - facilidades e dificuldades para a adesão relacionadas ao serviço e ao paciente identificáveis no cotidiano de trabalho. As entrevistas foram gravadas com anotações complementares feitas pelo entrevistador em seu caderno de campo. Foram realizadas um total de 52 entrevistas com diferentes profissionais (Tabela 1).

As observações percorreram todos os momentos da assistência

ambulatorial - da recepção à dispensação dos medicamentos – a partir de um roteiro pré-definido . As anotações foram registradas em um caderno de campo com alguns itens padronizados. Foram observados os seguintes momentos assistenciais: recepção, triagem de casos novos, pré e pós-consultas, atendimentos de enfermagem, dispensação de medicamentos e um total de 85 consultas médicas, além de outros momentos específicos de cada unidade que tenham sido identificados como parte da rotina.

Os Instrumentos - Observação do Processo de Trabalho e Entrevistas Semi-estruturada com Profissionais foram aplicados a 5 unidades, sendo uma como pré-teste. Estas unidades foram escolhidas a partir dos seguintes critérios: localização em municípios com alta prevalência de casos de HIV/aids; serviços com poucos problemas estruturais, segundo os Instrumentos Caracterização e Histórico do Atendimento Ambulatorial a Pacientes HIV/Aids, Avaliação de Estrutura e Processo Segundo a Opinião dos Dirigentes e Indicadores de Estrutura e Processo; e unidades com diferentes graus de complexidade organizacional (serviços de referência, serviços-escola, serviço municipal regionalizado).

Na Tabela 1 está condensada a aplicação dos Instrumentos -Observação do Processo de Trabalho e Entrevista Semi-estruturada com Profissionais, com a distribuição das entrevistas e observações pelas unidades.

Tabela 1

Trabalho de campo. Instrumentos -Observação do Processo de Trabalho e Entrevista Semi-estruturada com Profissionais

Unidades	Profissionais entrevistados (Instrumento-Observação do Processo de Trabalho)	Setores observados (Instrumento-Entrevista Semi- estruturada com Profissionais)
Unidade pré-teste	<ul style="list-style-type: none"> • 1 diretor-técnico • 1 enfermeira 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Pré e pós-consultas • 4 consultas médicas
Unidade 1	<ul style="list-style-type: none"> • 3 gerentes • 3 enfermeiros • 5 médicos • 2 auxiliares de enfermagem • 3 auxiliares administrativos (recepção) • 1 assistente social • 1 psicóloga (grupo de aderência) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepções: geral, do ambulatório, dos casos extras • Atendimento de enfermagem: pré e pós, AE ambulatório, AE extra e pré-triagem • Triagem médica • Laboratório • Farmácia • 15 consultas médicas • Grupo de aderência
Unidade 2	<ul style="list-style-type: none"> • 1 gerente • 2 enfermeiras • 2 médicos • 2 auxiliares de enfermagem • 1 auxiliar administrativo (recepção) • 1 psicóloga (acolhimento: "pré e pós-teste") 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Atendimento de enfermagem: pré e pós, AE ambulatório • Acolhimento: pré e pós-teste • Farmácia • Orientações sobre ARV na Vigilância epidemiológica • 26 consultas médicas
Unidade 3	<ul style="list-style-type: none"> • 1 gerente • 2 médicos supervisores • 2 médicos assistenciais • 2 enfermeiras • 1 psicóloga • 1 assistente social 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Pré-consulta • Farmácia • Triagem médica • 18 consultas médicas
Unidade 4	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadora do Programa Municipal • 2 enfermeiras • 3 médicos • 3 auxiliares de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Enfermagem: pré e pós-consulta • 22 consultas médicas

Os instrumentos mostraram-se muito produtivos na caracterização da organização e dinâmica do trabalho e na identificação de possíveis focos de intervenção a partir do estabelecimento de relações entre aderência e processo de trabalho. O poder de generalização dessas

relações situa-se, no entanto, num certo nível de abstração que precisa ser adequadamente compreendido. A análise realizada abstraiu propositadamente dimensões concretas específicas de cada serviço observado, buscando a construção de padrões que se aplicam ao conjunto (e não a cada um) de todos os serviços. Em outros termos, as informações coletadas permitiram a construção de “tipos” e “padrões” generalizáveis para o conjunto dos serviços, e não apenas para os que foram observados, ainda que não correspondam exatamente à dinâmica concreta de nenhum deles.

- **Instrumentos**

- **Introdução**

- **Resultados**

Relatório dos instrumentos****

Resultados *

Características dos serviços – tipos organizacionais

Um primeiro corte mais geral no que diz respeito à organização pode ser feito entre os serviços especializados – que fazem atendimento exclusivo a pacientes HIV/aids – e aqueles que são um programa dentro de um serviço com diferentes especialidades assistenciais. Essa diferenciação, enquanto um corte mais global e genérico já identificado nos Instrumentos Histórico dos Serviços, Questionário Estruturado de Apreciação do Dirigente sobre Qualidade do Serviço, Questionário Estruturado para Características de Estrutura e Processo dos Serviços. Parece relacionada, principalmente, ao tamanho e complexidade das equipes e ao volume e diversidade do trabalho .

Essa diferenciação não possui poder explicativo em si mesma com relação aos níveis de aderência, mas é importante que seja considerada na elaboração de estratégias de intervenção.

As tendências organizacionais apresentadas na Tabela 2 não representam “modelos” de funcionamento, mas mostram-se úteis para chamar a atenção de aspectos que devem ser equacionados dentro das diferenças e limites de cada tipo de estrutura.

** Recomendamos que estes resultados sejam especialmente confrontados com os obtidos pelo Instrumento - Entrevista Semi-estruturada com Usuários da avaliação: Nemes M. I. B., Melchior R., Jordan M. S., Okazaki E., Komatsu C. L. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários, 1999 (mimeo) (anexo).*

Tabela 2

Diferenças organizacionais entre SAE inseridos em serviços especializados em DST/aids ou como programas em Ambulatórios Gerais

	Serviços Especializados	Ambulatórios Gerais com Progr. Dst/Aids
Características da oferta assistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Integralmente dirigida a pacientes com HIV/aids, centralizada numa única unidade, que é referência. • Acesso a especialidades no interior do próprio serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes inseridas em serviços ambulatoriais com diferentes programas. • Dependência dos serviços de referência.
Dinâmica organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões periódicas. • Discussões técnicas preferencialmente direcionadas para os médicos. • Organização verticalizada, por categoria profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização dos espaços informais de discussão. • Dificuldade de integração do Programa dentro do serviço como um todo. • Múltiplas e diferentes tarefas competem pelos mesmos recursos humanos, especialmente a enfermagem.
Tamanho e diversificação	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes "completas" (com profissionais de todas as áreas previstas pelo Programa e com especialistas*.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes com uma constituição multiprofissional "básica". (poucos médicos 1 ou 2 p/ período, enfermagem, 1 assistente social e/ou 1 educador e/ou 1 psicólogo).
Grau de integração da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades no fluxo de informações: desconhecimento do trabalho do outro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração no dia-a-dia do trabalho com uso dos espaços informais. Identidade de grupo. • Maior participação do pessoal de nível médio (enfermagem). • "Isolamento" em relação às demais equipes da unidade.
Relação com os usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio do vínculo institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior "pessoalização" da relação com a clientela.

* Médicos (infectologistas e/ou clínicos), Enfermeiras, Assistentes Sociais, Psicólogos, Dentistas, Farmacêuticos, Médicos de outras especialidades.

Características do processo de trabalho

Fluxograma assistencial

Este fluxograma assistencial representa, de modo geral, o “caminho” de rotina percorrido pelos pacientes no conjunto das unidades observadas, com pequenas variações.

Conforme previsto na proposta para montagem de Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), as equipes são multiprofissionais, com uma composição que varia em quantidade e diversidade, entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem, médicos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, além de outros profissionais que trabalham na retaguarda como especialistas de acordo com a especificidade da estrutura do serviço.

COAS	OUTROS SERVIÇOS
CASOS NOVOS	
1º ATENDIMENTO:	
Triagem para matrícula Confirmação diagnóstica Avaliação de queixas clínicas/área de moradia Aconselhamento/orientação (Enfermeira, psicólogo, assistente social, médico)	
SEGUIMENTO AMBULATORIAL	
Recepção (Auxiliar Administrativo)	
Pré-consulta (Aux. Enferm. - Sinais Vitais)	
CONSULTA MÉDICA (Caso Novo/Seguimento)	
Pós-consulta (Aux. Enferm. - Agendamentos)	
FARMÁCIA (Farmacêutico - Auxiliar de farmácia) (Dispensação Med./Controle ARV)	
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM (Eventual) (Enfermeira)	CONSULTA MÉDICA (Não-agendada)
SERVIÇOS DE APOIO (Ass. Social, Psicólogo, Dentista, Especialidades médicas)	

Vamos então percorrer o fluxo assistencial de um paciente inscrito

no Programa.

Primeiro atendimento: A partir do encaminhamento de outras unidades de saúde ou do COAS, o atendimento ao paciente inicia-se por uma triagem na qual é feita uma avaliação das suas condições clínicas e da sua área de moradia para incluí-lo no programa segundo a articulação de critérios de gravidade e de regionalização. É então realizada a matrícula, a orientação sobre o funcionamento da unidade e são pedidos os primeiros exames em preparação à consulta médica de caso novo.

Esse trabalho é realizado por um profissional de nível universitário, em geral enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais, e, em menor frequência, por um médico. Este último profissional sempre atende aos pacientes com queixas clínicas que demandem uma atenção mais imediata, conforme critério de gravidade.

Seguimento ambulatorial: Uma vez inscrito no Programa, o paciente segue uma rotina de acompanhamento ambulatorial nucleada nas consultas médicas e no trabalho da enfermagem.

A consulta de enfermagem, enquanto atendimento agendado com a enfermeira, não ocorre como rotina em nenhum dos serviços observados. Embora apareça como proposta para orientação e reforço do uso da medicação, ainda se mantém como atividade complementar que não é oferecida rotineiramente a todos os pacientes.

Além da participação freqüente no momento da inscrição, as enfermeiras integram-se ao fluxo de atendimento aos pacientes que comparecem sem agendamento (os “extras” ou “fora de dia”), e dão cobertura ao trabalho dos auxiliares na realização das prés e pós-consultas.

O pessoal auxiliar, em geral, tem o conteúdo do trabalho restrito à aferição de sinais vitais, na pré-consulta, e à marcação de exames, retornos e encaminhamentos, na pós-consulta.

O trabalho da farmácia com os pacientes tende a restringir-se à dispensação de medicamentos sem orientações quanto à posologia, administração ou identificação dos medicamentos. É feito um controle cuidadoso da retirada de medicamentos por paciente, sendo este registro, aparentemente, a atividade mais importante. Em um dos serviços observados, que oferece estágio didático para estudantes de Farmácia, é feita uma revisão periódica de receitas escolhidas ao acaso para discussão com estagiários. No caso de identificação de problemas, como associações inadequadas, estes são encaminhados para discussão com a equipe médica.

Os demais profissionais ficam limitados a uma atuação no momento inicial de acompanhamento e participam como profissionais de apoio, à semelhança das especialidades médicas, sendo solicitados conforme seja considerado necessário pelo médico responsável pelo acompanhamento, ou ainda, por uma demanda específica do paciente. Apesar de alguns serviços apresentarem propostas de trabalho com grupos de pacientes, estes ocorrem de uma forma restrita, sem preocupação com a capacidade de cobertura e sem estarem organicamente incorporados à rotina.

Em síntese, podemos afirmar que, conforme o descrito, a assistência é centrada no atendimento médico, a enfermagem tende a desempenhar um papel complementar e secundário ao trabalho médico, e os demais profissionais, com exceção do momento inicial de recepção e triagem, não possuem atribuições sistemáticas na rotina do seguimento.

Características tecnológicas da assistência

Para a caracterização tecnológica do trabalho nos SAE serão considerados apenas as atividades do médico e da enfermagem por se caracterizarem como os trabalhos nucleares na assistência de rotina. Além disso, dado o enfoque, de concentrar as observações no trabalho de rotina, proposto pelos instrumentos, os demais profissionais tiveram suas atividades observadas de modo mais parcial, praticamente restritas ao momento da recepção dos pacientes novos, não sendo possível tipificá-los.

Os trechos de entrevistas ou observações que serão citados a seguir não serão identificados, utilizando-se apenas nomes fictícios.

O trabalho médico

Dada a centralidade do trabalho médico, iniciaremos pela caracterização do conteúdo tecnológico deste trabalho. Nas observações das consultas, pode-se constatar diferentes padrões de atenção no que diz respeito:

- à rotina de procedimentos – registro em prontuário, anamnese, exame físico;
- ao tipo de interação dos profissionais com os pacientes – vínculo, escuta;
- à amplitude da abordagem – inclusão de aspectos mais amplos que o estritamente biológico, como os relativos à esfera emocional, sexualidade, trabalho, prevenção pessoal e dos comunicantes etc.; e
- ao conteúdo das orientações oferecidas, principalmente em relação aos ARV-linguagem utilizada, adequações ao estilo de vida dos pacientes etc.

A partir da identificação de padrões, segundo os critérios apresentados, classificamos os atendimentos observados em três

grandes grupos descritos a seguir. Vale assinalar que na elaboração de padrões “típicos”, agrupou-se, do modo mais completo possível, as características que deram “forma” a cada um deles. Nesse sentido, constituem “tipos ideais” sem correspondência exata com o real, mas representando-o da forma mais “acabada” possível.

Grupo 1

Este padrão é o que mais se aproxima do que podemos considerar como desejável do ponto-de-vista de um atendimento mais interativo e responsivo às necessidades de um cuidado integral. Poucos profissionais, no entanto, apresentam este padrão. Ainda que na maioria dos serviços haja profissionais que dele se aproximem, em nenhum deles se configura como padrão hegemônico.

Nas consultas típicas desse grupo, os médicos:

- conhecem a história pregressa dos pacientes e/ou a resgatam no prontuário antes de chamá-los;
- realizam de modo sistemático: anamnese, exame físico e registro em prontuário;
- demonstram respeito e afetividade pelo paciente;
- valorizam o espaço de escuta da consulta: estão atentos às falas dos pacientes sobre seus sentimentos e modo de vida, considerando-os em relação às orientações e condutas;
- abordam a proteção dos parceiros e a autoproteção pelo uso de preservativos, freqüentemente problematizando aspectos da sexualidade;
- fazem a checagem do uso dos ARV, tentando recuperar as atividades de rotina e identificar dificuldades;
- realizam orientações dentro do universo cultural do paciente, utilizando linguagem acessível;
- procuram fazer adequação das drogas e dos horários dentro da rotina de vida do paciente, buscando apoio dos familiares quando necessário;
- estabelecem em todos os momentos uma relação dialogada;
- preocupam-se com os pacientes faltosos, avaliando a necessidade de convocação caso a caso.

Citamos o trecho abaixo a título de exemplo de uma concepção mais ampla de atenção que caracterizam a postura dos profissionais deste grupo:

Primeiro assim, você trabalha com uma riqueza humana muito grande, são pessoas que têm muita história para contar. Dá para você fazer um trabalho em paralelo, não ser somente um médico, você acaba sendo um pouco psicólogo, um pouco assistente social, você acaba ajudando um pouco o paciente de outras formas que

não é na atividade específica do médico. É assim, eu acho legal que você tem muito retorno do paciente, sobre história de vida, o paciente acaba lhe contando muito sobre a vida dele, problemas

... e eu gosto de conhecer o paciente, não só a parte médica, que hoje na consulta você presenciou isso, o pessoal acaba me contando da vida, o que faz, do que trabalha, se é casado, solteiro, o que gosta de fazer. ...,então acaba que você conhece muito mais, né, e não fica aquela coisa de somente atender, ver a queixa, sintoma, fazer um exame e dar a receita. Existe uma troca maior.

... Não gosto de fazer a receita e dizer - você vai tomar esse remédio -, geralmente eu discuto com o paciente, qual tratamento que seria melhor para ele, porque eu acho que fica mais adequado. Não é aquela coisa de você simplesmente enfiar a receita na mão do paciente, dizer - você tem que tomar isso. . (Dr. Vítor)

Grupo 2

Podemos considerar este grupo como sendo o padrão hegemônico do atendimento médico oferecido nos serviços estudados. Representa um padrão intermediário que se não chega a comprometer o conteúdo mais estritamente técnico do trabalho em muito prejudica o reconhecimento de necessidades, e as possibilidades de uma intervenção mais ampla em fatores não restritos ao biológico.

A hegemonia deste padrão de atenção destaca a importância de se discutir suas repercussões não apenas em relação à aderência, mas também em relação à qualidade do seguimento oferecido aos pacientes portadores de HIV/aids.

Nas consultas típicas desse grupo, os médicos:

- mantém a realização de anamnese , exame físico e registros dirigidos;
- abordam centralmente aspectos biológicos, pouco valorizando dos aspectos “não objetivos” e “pessoais”;
- tomam os exames de Cd4/Cd8 e CV como os temas principais da consulta;
- não valorizam a escuta do paciente: mesmo quando realizam um tratamento afetivo dão pouco espaço para o paciente falar de seus sentimentos e dificuldades;
- não abordam, de modo sistemático, o uso de preservativos, a sexualidade ou as relações com os companheiros;
- as dificuldades dos pacientes em aceitar o tratamento, o sofrimento com a doença, ou outros sofrimentos, em geral são encaminhados para os psicólogos;
- fornecem poucas informações e orientações sobre o diagnóstico e a conduta;
- a abordagem do uso dos ARV em geral é realizada de maneira formal, com a seguinte pergunta característica: “está tomando direitinho?” ;
- as dificuldades do paciente com o uso da medicação são abordadas

de forma muito restrita;

- utilizam com frequência a linguagem técnica, sem a preocupação de aproximar-se do universo cultural do paciente; e
- estabelecem um diálogo assimétrico, com pouca escuta e pouca preocupação com a compreensão do outro sobre sua fala.

Nas observações, alguns profissionais passam a sensação de trabalho mecânico, objetivado, como que cumprindo etapas semelhantes em todos os atendimentos. Dependendo do perfil do paciente, muitas vezes é ele que vai conduzindo a consulta, lembrando de exames que devem ser pedidos, medicações que devem ser prescritas por estarem terminando, e pedindo esclarecimentos.

Citamos abaixo algumas situações observadas:

A paciente queixa-se de nervosismo e a médica, sem investigar sobre a vida da paciente, atribui o “nervoso” aos efeitos colaterais do medicamento. Orienta, que se não passar, vai encaminhá-la para passar no psiquiatra. Dra. Juliana

Paciente encaminhada de uma unidade de saúde - acabou de saber o diagnóstico de HIV+ no pré-natal.

Med.: Seu parceiro fez exame? Ele está sabendo?

Pac.: Não... (bastante abalada emocionalmente)

Med.: É difícil... Quer ajuda?

Pac.: Sim!

Med.: Então vou te encaminhar para a psicóloga.

Termina a consulta orientando sobre os exames, a matrícula, o fluxo na unidade, e como vai agendar o retorno no clínico e na ginecologista para o atendimento de pré-natal. A consulta com a psicóloga, provavelmente, seria conseguida no intervalo de um mês. Dra. Antônia

Atendimento de um paciente que ficou 15 dias sem tomar a medicação:

Med.: Isso é ruim, não pode ficar sem tomar o remédio. Quanto tempo?

Pac.: 15 dias.

Méd.: Febre? Diarréia? Tosse? Alguma queixa hoje?

Após o exame físico, volta a abordar a questão da medicação, encerrando o atendimento com a seguinte orientação:

Med.: Não pode falhar a medicação. Você sabe disso - saiu de casa

põe o remédio no bolso. Os exames estão todos em ordem. Não vou mudar os remédios. São os mesmos. Só não pode falhar com a medicação. Dr. Alceu

Grupo 3

Este grupo equivale ao padrão menos desejável para o trabalho médico, e também ao encontrado com menor frequência, ainda que persista de forma minoritária em alguns dos serviços observados. Nas consultas típicas desse grupo, os médicos:

- muitas vezes, não cumprimentam o paciente ao entrar em consulta: vão “direto à queixa”;
- investigam de forma limitada inclusive a queixa clínica;
- não valorizam o espaço de escuta do paciente;
- não abordam questões da vida ou sobre sexualidade e prevenção;
- demonstram disponibilidade diferenciada dependendo do nível socioeconômico dos pacientes ou da presença de uma outra identidade-religiosa, sexual.
- não investigam sobre a forma de utilização dos remédios;
- utilizam linguagem técnica e não buscam adequação à rotina do paciente ou ao seu universo cultural;
- dão orientações limitadas como, por exemplo, fazendo a leitura da receita em voz alta e checando a compreensão ao final: “entendeu?”;
- não valorizam a vinculação dos retornos com o mesmo profissional para o seguimento;
- não se preocupam em informar o paciente sobre a evolução da doença ou sobre o plano de tratamento; e/ou
- praticamente não estabelecem uma relação dialogada, pois a fala não só é assimétrica mas quase monológica.

O trecho abaixo, quando o médico fala sobre sua conduta em relação aos faltosos, ilustra parte das características deste grupo.

...Eu não tenho esse tipo de fluxo (de convocação de faltosos). Tem colega que tem. Não, não mando chamar. Eventualmente eu me preocupo com alguém, que já é paciente há muitos anos e para de vir. Aí eventualmente, nesse paciente eu peço para a assistente social entrar em contato.(...)

Teve um paciente semana passada, que era para ele estar na consulta, um cara grave, sabe, está instável, pô, sai de férias ... sabe

... deixei o sujeito com um colega ... o colega viu. Era obrigação do sujeito estar aqui, e o sujeito não veio. Aí apareceu por aí - então, doutor ... -, não sei o que ... Falei - olha, você passa no PA, retira seus medicamentos. Como está com você? -, - ah, está tudo bem ...

está tudo estável ... -, - então, você procura os medicamentos no PA e procura não faltar...

No PA eu me limito ao problema do PA. O que é? falta de medicamento? Então, receita. É uma demanda clínica? E tem determinado tipo de problema que faço intervenção e pronto -, -doutor o senhor pode ver o resultado da minha carga viral? -, -não, isso você vai ver com seu médico -, - doutor, o senhor não pode ver se o CD4 está na pasta? -, - não, não posso, vai ver com seu médico -. Porque as pessoas ... é muito fácil ser manipulado.
Dr. Eládio

Abaixo uma consulta observada.

Paciente entra no consultório dizendo que está engordando muito e que é necessário parar com o coquetel. Reclama que o Norvir introduzido durante a última consulta “é violento”.

O médico sem investigar como o paciente vem tomando os medicamentos e sem procurar entender o que o mesmo quer dizer com “é violento” afirma:

- o medicamento é forte, mas acostuma

Prossegue a consulta não abordando mais a questão dos medicamentos. No final quando em silêncio está fazendo a receita, o paciente pergunta:

- Doutor, será que é psicológico que quando eu tomo o Norvir dá ao mesmo tempo vontade de comer e enjoô ?

O médico termina de receitar dizendo apenas ao paciente:

- Vou manter os medicamentos, não é possível outro esquema melhor

Acaba a consulta !!!

Como um último aspecto a ser comentado, e que foi observado e assinalado pelo conjunto dos médicos independente de sua qualificação dentro dos grupos apresentados, é quanto a quantidade de papéis que têm de ser preenchidos na prescrição dos medicamentos. Esta atividade, importante do ponto-de-vista do controle dos medicamentos, interfere negativamente na dinâmica das consultas e no tempo e atenção dedicados aos pacientes.

O trabalho da enfermagem

A enfermeira é o segundo profissional mais presente na assistência ambulatorial de rotina. Na maior parte dos serviços faz uma certa “parceria” com o médico, participando da triagem para a matrícula de pacientes, reforçando eventualmente orientações médicas e realizando o atendimento dos pacientes não-agendados, na forma de pré-consulta ou de consulta de enfermagem.

Em alguns serviços, a enfermeira realiza atendimento de pacientes intercalado com a consulta médica, fornecendo receitas previamente assinadas para quem veio “só pegar medicação”. Nestes casos, o critério utilizado é o de serem pacientes avaliados como clinicamente estáveis e que podem fazer um espaçamento de até 2 meses entre as consultas, como uma forma de racionalização da oferta de consultas médicas. Em todos os serviços existem propostas para que se implemente o atendimento pela enfermeira, como pós-consulta ou como consulta de enfermagem, especificamente para reforço das orientações em relação aos ARV, mas até o período observado esse tipo de atividade não fora incorporado na rotina.

Os auxiliares de enfermagem possuem, em geral, um papel bastante restrito, limitando-se a atividades operativas previamente definidas (como medida de sinais vitais). O conteúdo das orientações tende a ser restrito a esclarecimentos sobre os encaminhamentos, agendamentos e fluxos do serviço. Essa tendência, de não-responsabilização dos auxiliares pela transmissão de conteúdos mais técnicos, é predominante mesmo onde estes profissionais realizam a distribuição de preservativos, pois, nesse caso, a abordagem se limita a “está precisando de camisinha?”, remetendo qualquer dúvida apresentada pelo paciente para a consulta médica.¹

Consideradas essas diferenças de atuação entre as enfermeiras e as auxiliares, chama atenção no trabalho da enfermagem como um todo a tendência em se reproduzir algumas das principais características do padrão hegemônico das consultas médicas, predominando um atendimento com:

- centralização da abordagem em aspectos biológicos – verificação de queixas clínicas e controle de parâmetros vitais;
- baixa valorização da escuta: não abordagem e secundarização das falas espontâneas sobre sofrimentos e dificuldades para lidar com a doença e com o tratamento;
- abordagem assistemática de questões relacionadas à prevenção (como o uso de preservativos, cuidados com os parceiros, formas de exposição, autocuidado);
- dificuldades em lidar com questões da sexualidade, do emocional e do social, com tendência ao encaminhamento para o psicólogo e/ou assistente social; e/ou

- abordagem normativa do uso ARV e demais medicações, em geral limitada ao reforço pontual da prescrição médica.

Os depoimentos a seguir ilustram algumas dessas características:

Primeiro tenho que puxar o que ele tem para me dizer... aí eu passo para a minha rotina, eu trabalho com sistemas. (...) agora vamos para a minha parte... Vou tentar fazer perguntas por sistemas orgânicos, e vou tentar levar as coisas para o lado técnico.

Enfermeiro Sebastião

aí geralmente vem falar com a gente da enfermagem (...) não conhecia ela direito, conheci há pouco, mas já estava sentido que ela não estava legal. Ela veio pegar medicação e durante a nossa conversa se emocionou várias vezes. Então eu fiz uma avaliação e achei que ela tinha que (...) conversar com o psicólogo (...). E na nossa conversa ela se emocionou várias vezes. Então, aí eu encaminhei ela para a psicóloga(...) Enfermeira Keila

No entanto, deve-se assinalar que é com o pessoal auxiliar e com algumas enfermeiras que se pode observar uma maior recorrência dos pacientes em expressarem espontaneamente questões relativas ao modo de vida. Parece haver uma maior facilidade dos pacientes em comentarem fatos do cotidiano e da vida privada com esses profissionais, inclusive pequenas “transgressões” das prescrições e das orientações médicas que não aparecem da mesma forma na consulta médica.

é ... Que às vezes eles saem de lá e concordam com tudo, e chegam na minha sala e falam - olha, eu não vou tomar -, - mas você não falou com o médico? -, - sim, mas eu não vou tomar -. Então, para mim eles falam que não vão tomar, para o médico eles aceitam tudo. Eu tento conversar com eles, repasso isso para o médico.
Auxiliar Ana

e eu crio um clima (...) então eles chegam e eu - oh, lindinho, que está acontecendo com você, sua carinha não está boa ... -, isso escrevendo, marcando um exame. Aí eu acabei de marcar o exame e - ah, enfermeira, sabe ... -, aí ele vai contando. Aí eu estou com o telefone na mão para marcar ... Aí eu termino e ele continua, então aí cria aquele ambiente, entendeu? Aí na próxima vez que ele vem,

já vem e despeja tudo.

Eu geralmente digo assim - está tristinho, você está querendo falar comigo, que foi lindinho, o que está acontecendo? -.olha ... menina, eles contam coisas ... - porque meu caso ... -, tem horas ...: eu deixo.

Aí tem horas que eu não sei explicar se eu sou a enfermeira, a psicóloga. Eles contam coisas cabeludas ... coisas assim que eu chegando perto dos 50 anos, tenho que ouvir coisas dessas ...”

Enfermeira Marta

Na maior parte dos serviços não há um preparo específico dos profissionais da enfermagem para lidar com pacientes portadores do HIV, nem supervisões que possam suprir essa deficiência.

A falta de formação para lidar com essas questões “não previstas” faz com que nem sempre seja dada a devida importância para comentários feitos pelos pacientes durante as atividades de enfermagem, como pré ou pós-consulta, ficando as orientações por conta do “bom-senso” de cada profissional. Assim, dificuldades no uso da medicação ou o relato de situações de vida que estejam sendo impeditivas para um tratamento adequado, tendem a receber respostas pontuais ou opinativas por parte dos profissionais e freqüentemente não são repassadas para outros momentos do atendimento àquele paciente.

Ah, a gente tenta um monte de coisa. De repente estou falando coisas que não sei de onde está vindo. Ah, não sei ... De repente estou falando, estou conversando, e quando o paciente sai falo -mas de onde que eu tirei tudo isso? -. Aí quando o paciente volta ele fala - sabe que o que você falou para mim, eu cheguei em casa e eu fiz o que você falou? deu certo... Auxiliar Ana

A interação que se dá entre os profissionais de enfermagem e os pacientes, principalmente os auxiliares, muitas vezes se perde no processo de trabalho por não ser valorizada como um momento importante da assistência. Em outras palavras, embora se estabeleça uma relação interpessoal que permite a expressão de preocupações e dificuldades dos pacientes em relação ao diagnóstico e/ou tratamento, não há um trabalho sistemático com este conteúdo, de modo que sua expressão espontânea não resulta em medidas de cuidado ou de intervenção, salvo as que forem tomadas na dependência da iniciativa de cada um.

Observou-se, além disso, que esses profissionais, principalmente os auxiliares de enfermagem, nem sempre são habilitados a detectar problemas na forma como os pacientes tomam a medicação: não receberam treinamento em relação aos ARV, não possuem informações detalhadas sobre os medicamentos, efeitos colaterais, relação com a

alimentação etc.

Os treinamentos, em geral dirigidos para profissionais de nível universitário, tendem a abordar aspectos específicos como expressa o depoimento abaixo:

...quando eu cheguei aqui a situação a nível de funcionários estava meio crítica, então eu não cheguei a ter treinamento nenhum. Já entrei direto. Mas eu acho que vale a experiência que você tem dos outros lugares (...) depois, eu tive um treinamento muito bom a nível de carga viral. (...) a diretoria conseguiu um médico que deu um curso, é específico de carga viral, CD4 e eu consegui pegar muito bem e esse médico inclusive deu as siglas que podia entrar pela internet. Enf. Marta

O trabalho em equipe

A composição multiprofissional de uma equipe não representa em si a garantia de uma assistência interdisciplinar, podendo se reconhecer diferentes graus de integração a partir da observação do trabalho. Conforme vimos discutindo nos itens anteriores, nas equipes dos SAE, o trabalho multiprofissional mostra-se segmentado – cada um se responsabilizando pela “sua parcela” da atenção ao paciente – transferindo para o outro profissional aquilo que considera como não sendo de sua competência.

1 Um único auxiliar, por características próprias de uma determinada equipe, demonstrou capacidade e responsabilização na orientação de dúvidas apresentadas por demanda espontânea, inclusive quanto ao uso adequado de ARV. Este caso isolado pode ser visto como indicativo da maior potencialidade desse profissional quando habilitado para ações educativas.

A centralização do trabalho médico e a “marginalização” dos demais profissionais para momentos específicos não-integrados à rotina, visualizável no fluxograma assistencial apresentado, destaca essa segmentação, demonstrando a tendência a um baixo grau de integração. Nesse sentido, pode-se dizer que o trabalho assistencial resulta de uma somatória das ações atribuídas a diferentes profissionais, sem que haja uma integração e uma articulação orgânica entre elas.

Há poucos espaços coletivos para a organização do trabalho, ou seja, há poucos momentos de troca sobre o trabalho e para a supervisão dos casos. O fluxo de informações entre os diversos profissionais sobre a assistência é pequeno e ocorre principalmente em espaços informais. As reuniões são em geral por categoria profissional (enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.), refletindo a estrutura verticalizada, definida nas linhas de mando da instituição. Na maior parte das vezes, a temática dessas reuniões se refere a questões administrativas e organizacionais, com pouco espaço para temáticas mais técnicas. Não há reuniões setoriais de rotina (triagem, ambulatório) que problematizem o conteúdo do trabalho.

(...) Antes a gente tinha reuniões periódicas, a gente tinha reuniões

com todos os profissionais , a gente não tem mais isso. Aí quando tem é só reunião de médicos, reunião de... uma coisa bem dividida.
Dr. Maurício

... olha, a nível do trabalho aqui, neste setor, não tive nenhuma reunião satisfatória. Que fosse do trabalho aqui. Isso prejudica um pouco o trabalho. Enf. Marta

...a gente não tem entrosamento, um profissional com o outro. Eu acho que é mais fácil eu ter entrosamento com as meninas auxiliares do que com os profissionais mesmo de nível universitário. Enf. Keila

A equipe médica tende a realizar reuniões mais sistemáticas, com ênfase em aspectos técnicos e atualizações clínicas. Os demais profissionais têm espaços mais descontínuos de discussão. Em alguns serviços ocorrem reuniões multissetoriais ou mesmo gerais, de caráter gerencial, com a finalidade de administrar o conjunto das ações desenvolvidas pela unidade.

A supervisão no que diz respeito ao desempenho, à superação de dificuldades no trato com os pacientes e à maior integração interna das equipes, não vem sendo realizada de modo sistemático por nenhuma das instituições observadas.

Como resultado dessa dinâmica, há pouca identidade de equipe e um desconhecimento mútuo do trabalho entre os diferentes profissionais. Observou-se que, muitas vezes, os profissionais trabalham com suposições equivocadas sobre os outros momentos assistenciais, por exemplo, no que diz respeito a como são realizados os grupos, à pós-consulta, às orientações sobre ARV etc.

A fragmentação da assistência traduz-se na representação do trabalho em equipe como sendo a somatória da atenção realizada por diferentes profissionais, como expressa a fala abaixo:

Tenho um leve conhecimento (sobre o trabalho dos outros profissionais)... Eu sei que problemas materiais eu passo para a assistente social e problemas mentais eu passo para a saúde mental...(...)

A primeira coisa seria uma avaliação, esse seria meu lado, (...) (é) Aonde ele vai começar a perder o medo do vômito que houve após a medicação, ou daquela indisposição que ele teve de manhã quando tomou a medicação. Após isso, vai ser automático as dificuldades que ele pode ter para vir até aqui, as dificuldades que pode ter na rua – (encaminho para) a assistente social. Aquela

dúvida que ele tem acerca de como é que ele vai passar a ter relação com os pais, ou aquele trauma que ele vai sentir do meio social ... ou como o meio social vai tratá-lo – (para a) saúde mental.

Enfermeiro Sebastião

A fragmentação do trabalho multiprofissional e a falta de integração da equipe podem ter sérios desdobramentos para o trabalho assistencial. Como exemplo, podemos citar a situação de uma unidade onde a direção do serviço, assim como alguns médicos, acreditava que a orientação dos ARV era feita de rotina na pós-consulta; na pós-consulta, que não orientava a medicação, acreditava-se que isso era feito na consulta médica; os médicos faziam uma orientação sumária, pois um detalhamento maior seria feito supostamente em todos os casos novos na consulta de enfermagem, com um reforço de rotina na pós; um grupo para orientação aberto há algumas semanas não tinha ocorrido por falta de demanda, mas os médicos não encaminhavam para esse grupo porque achavam que ainda não estava funcionando; os únicos profissionais que se sentiam responsáveis pela orientação a faziam sistematicamente apenas no caso de haver a instituição de esquema tríplice para tuberculose, não abrangendo os demais pacientes.

Nesse exemplo, pode-se considerar que um certo grau de desinformação pode ser apenas conjuntural, como o não conhecimento de que os grupos estavam abertos, já que era uma atividade em implantação. No entanto, a falta generalizada de informação pode ser atribuída à falta de mecanismos de troca, e discussão do trabalho entre os diferentes componentes da equipe, o que se apresenta como uma característica do processo de trabalho dessa unidade, naquele momento, ocasionando uma situação de extrema desinformação especificamente em torno da orientação dos ARV. Sem que se possa generalizar esse exemplo, ele demonstra como a falta de integração pode comprometer a efetividade das ações e denota a importância em se garantir mecanismos sistemáticos de articulação e discussão que viabilizem o trabalho em equipe e garantam o cumprimento das finalidades do programa.

Como síntese do que foi apresentado até o momento sobre as características tecnológicas da assistência nos SAE, podemos destacar os seguintes aspectos:

- assistência de rotina nucleada no atendimento médico e do pessoal de enfermagem;
- intervenção dos demais profissionais dependente do encaminhamento médico;
- organização do trabalho verticalizada por categoria profissional (médicos/ enfermagem/ serviço social/ saúde mental/ setor administrativo);
- pessoal auxiliar restrito a atividades operacionais;
- reuniões técnicas, atualizações e reciclagens feita por categoria e

prioritariamente dirigida a médicos;

- reuniões de supervisão de trabalho não-sistemáticas;
- poucos momentos de trocas multiprofissional;
- desconhecimento do trabalho realizado por outras categorias profissionais ou em outros setores;
- pouca identidade de equipe;
- troca de informações principalmente em espaços informais;
- baixo fluxo de informações sobre os pacientes; e
- problemas na responsabilização sobre a atenção integral ao paciente.

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL = JUSTAPOSIÇÃO DE DIVERSOS PROFISSIONAIS +COMPROMETIMENTO DA EFETIVIDADE

Vale lembrar que a identificação do trabalho multiprofissional como somatória ou justaposição de profissionais com diferentes formações é freqüentemente encontrada nos serviços de saúde de um modo geral, e sua superação se constitui um desafio para o conjunto do trabalho em saúde. No caso específico dos serviços estudados, essa dinâmica de trabalho mostrou-se hegemônica dentro de um certo gradiente de diferenciação, e tem desdobramentos negativos para a assistência, especialmente quanto à integralidade das ações desenvolvidas, quanto ao subaproveitamento das equipes existentes e quanto à parcialização do trabalho e das responsabilidades na assistência direta.

Dentro das finalidades postas para o trabalho dos SAE, e considerando as condições concretas de trabalho existentes, pode-se afirmar que a efetividade potencialmente alcançável fica comprometida no processo de trabalho pelos fatores apontados.

O trabalho assistencial na percepção dos agentes

Algumas características dos pacientes com HIV/aids colocam questões éticas e morais em evidência durante o processo de assistência. O fato de serem portadores de uma doença crônica, incurável e letal, que é carregada de estigmas pela associação a comportamentos de transgressão a regras socialmente aceitas, tende a provocar sentimentos difíceis de serem equacionados individualmente. A sensação de impotência diante da morte, as limitações para se evitar complicações da doença, a necessidade de aceitação de sujeitos com valores e comportamentos socialmente marginalizados se manifestam na forma de sofrimento para os profissionais, como bem expressam as falas abaixo:

... a minha preocupação era quanto tempo eu aguentaria emocionalmente lidando com esse tipo de diagnóstico....então eu fiz dois cursos, simpósios, palestras...Então antes de falar que eu não dou para isso, eu vou me informar, pegar toda a informação possível...Se chegar num ponto de falar que não aguento, que não

tenho estrutura emocional para isso, então eu saio fora... Então tem muito problema (trabalhar com aids), muito mais que eu acreditava. Enfermeira Linda.

(...) é um paciente que te cansa, ele vem drogado aqui. Hoje você viu um homossexual típico, um drogado, um doido...então esses tipos cansam. É um trabalho diferente. Não é um paciente que você vê e nunca mais, é um paciente crônico.(...) Dr. Maurício

..mas aquele que estava bem começava a ficar pior...Então isso mexeu muito comigo. Eu fiquei doente, fiz uma doença psicossomática, uma retrocolite...Trabalhei isso, depois a gente vê na terapia que tem outras coisas por trás, mas tive que trabalhar muito isso e não desisti do meu trabalho. Dra. Lourdes
Vários depoimentos abordaram as dificuldades para lidar com a história de vida desses pacientes e com questões relacionadas às suas opções sexuais, ao abuso de drogas, às transgressões sociais etc., que entram em conflito com as concepções e valores próprios dos profissionais.

No começo foi muito difícil, porque eu comecei a ver problemas que na realidade nunca tinha visto. Então o começo foi difícil, eu entrei em parafuso, fiquei com a minha cabeça um pouco atrapalhada, também por conta de alguns conceitos que eu tinha...de homossexualismo,... que eu acho que sexo você faz só com seu namorado, que você não pode ter muito parceiro. Sabe, então, de repente você começa a ouvir histórias de outras pessoas e encontrar uma realidade, outras verdades também que não é só a sua.... eu tenho que conhecer um monte de verdades, não é só a minha, e procurar entender cada uma... Auxiliar de Enfermagem
Ana

... o pior é que eu tento aconselhar ... Agora, tenta me imaginar, com essa cabecinha assim, aconselhando alguém. ..eu acho que vou ter que ir para uma análise... E às vezes choca ... porque assim, vai de encontro com seu lado emocional, com a sua forma de criação, vamos dizer assim. Porque de repente você tem uma criação antiga. Eu tive uma criação antiga, isso que é verdade. Pela minha idade, tudo. Você não tem assim ... eu particularmente, não tenho uma cabeça muito aberta (...) Minha cabeça às vezes é limitada para determinadas coisas ...Assim, o relacionamento íntimo deles. Acho que isso nem seria uma coisa que faria parte da consulta. ...eles sentam aí, contam histórias cabeludas ...da vida sexual ...ele sai, na cara dele está tudo bem, mas eu viro de costas e estou em pânico. Enfermeira Marta

Como já dissemos, na maior parte dos serviços não há um preparo específico dos profissionais para trabalharem com os pacientes

portadores do HIV. Há hiatos institucionais na formação e no apoio ao trabalho com questões ligadas a conflitos éticos e morais que assumem dimensões transferenciais e contra transferenciais.

Sem espaço institucional para trabalharem os sentimentos e as dificuldades que o atendimento a esses pacientes provoca, os profissionais individualmente buscam “soluções de conforto”, vão aprendendo na prática a lidar com esses pacientes. Alguns chegam a abandonar esse tipo de trabalho por algum tempo, outros buscam apoio numa supervisão, numa terapia individual, ou mesmo identificam o trabalho com uma missão religiosa.

(...)Tive problemas, tanto é que a chefia muitas vezes quis me tirar porque comecei a sobrecarregar demais. Problema assim, eu comecei a pegar muita vibração deles, problemas deles e comecei fisicamente a ... a adoecer, sabe. E eles quiseram me tirar e eu falei que não, que não ia sair, que queria continuar. Aí eu fui eu mesma, fui trabalhando comigo ..(...) é, sozinha, não procurei ajuda de ninguém. Aliás, procurei ajuda aqui, mas não encontrei

...na psiquiatria, e psicólogo também, que procurasse um profissional ...fora. E eu achei isso um absurdo. Eu dentro de um serviço, e o meu próprio serviço me mandando para fora. Aí eu recebi remédios, calmantes, mas não era calmante que eu queria. Se eu estava ouvindo, eu queria que alguém me ouvisse .. Auxiliar de Enfermagem Ana.

... a cabeça do sujeito não é tão certa para trabalhar num programa...numa área como essa...Então no início da especialidade pensei que não tivesse esse tipo de background, por isso me afastei.. depois fiz terapia...não é uma relação médico-paciente normal...., assim está se lidando com a vida e com a morte (...) Em canto nenhum a gente recebe formação sobre mecanismo contratransferencial, sobre coisas que podem estar ocorrendo em situações mais delicadas. Como por exemplo, o sofrimento do paciente (...) A gente se sente mobilizado, se sente angustiado, ...eu saio daqui parece que passou um caminhão em cima de mim,(...) me sinto cansado fisicamente sem motivo. Dr. Eládio

De repente deu uma reviravolta na minha vida, que eu vim parar aqui dentro. Até eu entender que isso não era por acaso, demorou um pouco. (...) Então, o que acontece? Como eu pertença à Federação Espírita, então na Federação Espírita a gente começa

... não chega a ser uma análise, mas eu acho que é melhor até do que uma análise, se bem que eles tem os psicólogos espíritas, né.(...) eu não acredito que estou aqui por acaso. Isto é uma missão. Enf. Marta Nesse contexto, a busca de alternativas individuais de superação das

dificuldades pode levar algumas vezes a “saídas” prejudiciais aos pacientes, no sentido de contrariarem orientações e conhecimentos já incorporados pelo próprio programa. O depoimento abaixo ilustra a potencialidade “iatrogênica” de profissionais sem supervisão para lidar, por exemplo, com aspectos da sexualidade dos pacientes.

...o cara com o HIV interrogado, vai ser automática a tensão dele. Enquanto não vier um resultado positivo ... então aqui como eu não tenho muito tempo para conversar, eu já falo - bom, tem que manter abstinência sexual o ano todo. O que é errado, eu sei muito bem. Mas aqui eu não tenho tempo de ficar orientando sobre camisinha, sobre imunidade de parceiros, ou sobre ter outro tipo de relação. É um aspecto mais amplo que não é o que eu devo fazer. E talvez uma orientação da saúde mental viesse de bom grado também. Enfermeiro Sebastião.

As diferentes estratégias observadas demonstram a necessidade dos profissionais em encontrar alternativas de enfrentamento de situações que trazem sofrimentos e conflitos morais, alimentando a hipótese de que o tipo de interação profissional/usuário predominante – pouca escuta, distanciamento dos pacientes – reflita de certa forma um mecanismo de defesa em relação aos conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho.

A ausência de espaço institucional para discutir as especificidades desse trabalho, além das evidentes repercussões na qualidade da assistência, leva a um quadro de profissionais desgastados, como ilustram os depoimentos abaixo:

(...) Então, na verdade, as pessoas estão, eu particularmente vejo isso, o serviço está um pouco desgastado, as pessoas perderam a relação de conversar...Você não sente uma vontade coletiva das pessoas no serviço Dr. Maurício

...cansada, estou cansada do serviço também, entendeu? Eu gosto, não vou falar para você que não gosto, eu gosto. Só que... Enf. Keila

...porque muitas vezes eu saio daqui muito mal. Estou com problemas de stress, de vista, minha vista embaçada, minha vista treme, sabe..., aí eu já sei que é alguma coisa que eu não consegui resolver, que algum paciente passou para mim...Então eu sinto assim. Auxiliar de enfermagem Ana

No entanto, observou-se a também a disponibilidade e o interesse dos profissionais em desenvolver estratégias de maior continência, que sejam mais resolutivas para os pacientes e mais satisfatórias para os profissionais.

Porque eu acho que, no tratamento do paciente, seja ele qual for,

de aids ou não, qualquer doença é traumatizante. Qualquer doença que te impeça de viver uma vida social normal, eu acho que te deprime. Te deixa no chão.(...) Eu andei percebendo isso. O fato dos pacientes se abrirem com a gente, veja bem, é uma coisa importante a nível dos anti-retrovirais e a nível do tratamento deles. Ele não se sente tão à vontade com a psicóloga, ou com fulano ou com beltrano ... e se sente à vontade comigo. Por que? Eu acho que não seria só comigo se houvesse um treinamento com todas as enfermeiras que fazem esse tipo de atendimento, para dar espaço para eles. Isso para ele é bom. E se a gente não estiver agüentando, será que não existe um meio de suporte para isso? Enfermeira Marta.

A abordagem dos ARV

Neste último tópico, retomaremos alguns aspectos já discutidos procurando focar centralmente o trabalho realizado em relação aos ARV.

A abordagem que predomina em relação aos ARV é formal e normativa, bem representada pela pergunta: “Você está tomando tudo direitinho?”, seguida da recomendação : “Não vai esquecer que faz mal...” Um maior esclarecimento sobre os ARV acaba dependendo muito da postura mais ou menos ativa do paciente durante as consultas.

Nas entrevistas com os profissionais, fica claro o quanto a aderência se coloca como uma questão nova para grande parte dos trabalhadores. O processo de avaliação realizado por este estudo parece ter levantado a questão para os profissionais que ainda não estavam sensibilizados para essa dimensão do tratamento, ao menos como algo relacionado não só às características dos pacientes, mas também às características da assistência prestada.

... a impressão que eu tinha era que estava tudo bem.... que as pessoas estavam tomando bem (a medicação)... Porque, como médico, eu olho o antes, via um cenário, estou olhando agora e estou vendo outro cenário, completamente diferente, que está melhor. Então, como médico eu imagino que as pessoas tomam o remédio. Eu não sei como que é tomar 20 comprimidos por dia, eu não sei o que é isso ...

Pois é, às vezes eu me pego tendo que tomar uma semana de antibiótico e eu fico ali, entendeu, e às vezes é um comprimidinho de 8 em 8 horas. E está no fim e - ah, vou deixar de tomar, esse é o último dia e tal ... acabei de tomar a caixa -. Só que assim, ... essa malandragem, se é que é uma malandragem minha, vamos supor, eventualmente com o antibiótico que às vezes tenho que tomar ... Médico também é uma pessoa, eu também acabei talvez não

transportando esse tipo de comportamento que o paciente pudesse ter esse tipo de comportamento ...

...(fui) leviano ... porque na minha cabeça assim: o ganho foi tão grande que as pessoas estão tomando os remédios corretamente. As pessoas estão tomando direitinho. Eu tinha essa fantasia. Mas não estão.

...olha, o que eu consigo sentir é uma coisa muito recente, porque ...não estava atento realmente. A não ser pessoas que realmente são arreadas a medicamentos, você já vê que a pessoa tem um preconceito a respeito daquilo e que não vai tomar direito ... você sabe disto ... Mas assim, eu tenho tentado perceber melhor esse tipo de problema mais recentemente. Realmente não estava com a atenção voltada para isso. Dr. Eládio

Os profissionais ao serem questionados quanto aos possíveis fatores relacionados à não-aderência apontavam principalmente as características dos usuários, tais como condição social, drogadição, falta de acesso à informação, entre outros, fazendo pouca referência a problemas ligados ao modo de assistir aos pacientes.

Já existem, entretanto, muitas iniciativas de intervenção em curso. Durante o processo de avaliação, praticamente todas as unidades observadas apresentavam propostas de ações para melhorar a aderência ao uso dos medicamentos, tais como a introdução de atividades de orientação em consulta de enfermagem para todos os casos novos e na mudança de esquema terapêutico, a montagem de kit de medicamentos nos consultórios, o trabalho em grupos e outros.

No entanto, além da aderência se apresentar como uma “nova questão”, não valorizada igualmente entre os membros da equipe, a incorporação das ações propostas à rotina vem esbarrando nas características do processo de trabalho que vimos apontando, tornando-se muitas vezes iniciativas isoladas de alguns profissionais. Há muita desinformação no interior da equipe e suposições equivocadas sobre o trabalho que é desenvolvido nos setores da unidade para a aderência aos ARV. Por isso, acaba sendo freqüente uma diluição de responsabilidades na orientação dos pacientes: todos são responsáveis e ninguém o é de fato.

Entre os médicos, principais agentes desse processo, também há diferentes interpretações sobre o papel que deve caber à consulta médica. Para alguns, o detalhamento das orientações é um trabalho da pós-consulta:

A gente orienta, tudo, converso com o paciente, mas daí na consulta falar - a que horas você lembra? Como é que é... fica difícil na consulta. São muitos papéis, São muitas coisas né? .. Acho que

a gente faz o possível para sair orientado dali, mas é mais orientado na pós. Acho que é difícil fazer tudo na consulta. Dra. Regina

Para outros, o detalhamento faz parte da consulta médica:

E tem que resolver toda uma série de problemas da pessoa - como eu vou fazer para tomar em casa?, para tomar no trabalho?, como posso fazer já que esse cartão é tão difícil de estar levando? , e às vezes você dá umas sugestões simples...

Então, às vezes tem que estar ajudando nessas partes técnicas assim, vamos dizer - como eu faço?, onde será que eu vou guardar o remédio?, - ah, não tem algum lugar que sua mãe nunca limpa, em cima do armário, em algum canto? Você tira o rótulo, porque tem gente que vai atrás, quer ver rótulo e a pessoa não quer que saiba, né. Dra. Simone

Inclusive avaliando a prescrição que melhor se adapta a rotina de vida do paciente.

...você tem que conversar mais com o paciente, conhecer um pouco da história de vida do paciente. Se você vai dar um remédio para o paciente, você tem que saber se o paciente ... a que horas ele acorda, a que horas ele dorme, que horas ele almoça, que horas ele janta, para tentar adequar o medicamento de acordo com a melhor rotina dele, né. Para você não interferir tanto na rotina de vida do paciente. Que, por exemplo, se você dá um remédio para o cara, que ele tem que tomar de 8 em 8 horas, e o cara só acorda às 10 da manhã e aí ele dorme às 22 horas, com certeza ele não vai seguir o tratamento de acordo. Então, você vai dar um remédio que você já sabe que vai ser fadado ao insucesso. Então, aí seria melhor dar um remédio de 12 em 12 horas, que aí já estaria mais próximo da rotina de vida dele, né. Então, eu acho que para ter esse tipo de abordagem, para conversar com o paciente, tudo, eu acho que precisaria mais tempo. Dr. Vítor

Como já dissemos, os demais profissionais (auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, e mesmo algumas enfermeiras, além de psicólogos e assistentes sociais) demonstram desconhecimento sobre os ARV, efeitos colaterais, relação com alimentação, não sendo habilitados a detectar problemas na forma como os pacientes tomam a medicação. O único caso, do auxiliar de uma das equipes que demonstrou capacidade e responsabilização na orientação das dúvidas apresentadas pelos pacientes, indica a potencialidade do pessoal auxiliar para ações comunicativas.

O domínio da informação sobre os ARV (posologia, efeitos colaterais, relação com alimentação) tende a ser restrito aos médicos e alguns poucos profissionais, especialmente enfermeiras. Uma fonte de

informações sobre os medicamentos, utilizados por alguns funcionários não-médicos, são as publicações de ONG distribuídas nos serviços. Existem alguns cadernos com linguagem jornalística que procuram evitar o uso de termos técnicos e que contém diferentes tipos de informação. Ainda que interessantes e enriquecedores, são cadernos de divulgação para instrumentalização dos pacientes e não trazem um conhecimento suficientemente sistematizado para profissionais da área, pois têm como público-alvo os próprios pacientes.

É freqüente que a informação de que o paciente não está tomando a medicação, obtida espontaneamente em diferentes momentos do atendimento (pré, pós-consulta, enfermagem, recepção), não chegue até ao médico que acompanha o paciente, nem se desdobre em nenhuma outra medida de intervenção que busque a superação do problema apresentado.

Na farmácia, conforme já assinalamos, a dispensação se ocupa basicamente do controle dos registros de saída da medicação, estabelecendo diálogos pontuais com os pacientes. Uma orientação mais detalhada constitui-se numa exceção e acontece apenas nos casos de demandas insistentes por parte dos pacientes. É importante assinalar que as condições no momento de retirada dos medicamentos tendem a ser desfavoráveis para uma orientação mais detalhada – último momento da assistência, o paciente encontra-se em geral apressado para ir embora; o balcão de atendimento em geral tem espaço reduzido e dispensa diferentes medicamentos para vários pacientes ao mesmo tempo que, mesmo em fila, pressionam pela brevidade do atendimento.

O controle e convocação de faltosos não é feito rotineiramente na maior parte dos serviços, ficando a unidade aguardando o retorno espontâneo do paciente. Em alguns serviços se observou medidas isoladas, por iniciativa de certos profissionais, de revisão de casos de faltosos para uma convocação seletiva, conforme critérios clínicos, sociais e da viabilidade de localização. Essa parece ser uma alternativa interessante dada a dificuldade em se estabelecer medidas automáticas de convocação que pudessem ameaçar o sigilo em torno do tratamento.

No atendimento do paciente não-agendado que comparece por demanda espontânea para “pegar a medicação”, com queixas, ou mesmo só para remarcar a consulta, não é realizado, de rotina, uma abordagem mais cuidadosa do uso da medicação, ainda que se atenda à demanda colocada, inclusive com o fornecimento de receita. Momentos como esse se mostram propícios ao diagnóstico de uma maior vulnerabilidade à não-aderência e poderiam ser mais aproveitados nesse sentido. Embora o “fornecimento da receita” seja feito de modo cuidadoso, dentro das normas de controle de dispensação de medicamentos previstas pelo programa, a dimensão do uso da medicação fica remetida ao seguimento, que, justamente nesses casos, não está sendo feito de modo

regular.

Como vimos, há muitos aspectos do processo de trabalho que merecem atenção no esforço de se conquistar uma maior adesão ao uso de ARV. As características da assistência aos portadores e doentes do HIV tornam evidente a necessidade de uma abordagem mais ampla dirigida aos “sujeitos doentes”, não apenas na tentativa de se conquistar uma maior aderência ao tratamento, mas também para um mais amplo e adequado controle da epidemia.

O padrão hoje hegemônico na assistência demonstra a existência de aspectos passíveis de modificação e que podem contribuir com a conquista de uma maior efetividade do programa. Ainda que muitos dos desafios colocados não sejam particulares ao trabalho com HIV/ aids mas sejam extensivos à assistência em geral, é importante que possamos aproveitar sua identificação para a elaboração de novas e melhores estratégias tecnológicas.

Apoios Bibliográficos:

Capozzolo, A. A. *Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico : um estudo em unidades básicas do Município de Diadema – SP*, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Mendes-Gonçalves R. B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo, São Paulo*, Hucitec-Abrasco, 1994.

Nemes M. I. B. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

Nemes, M. I. B. *Organização tecnológica do trabalho em serviços de atenção primária à saúde: características do atendimento médico em duas situações-referência no município de São Paulo*, Relatório de Pesquisa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1991.

Schraiber, L. B. *Medicina Tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas*, Tese de Livre Docência, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1997.

Yin R. K. *Case Study Research Design and Methods*, Sage, 1984.

• Instrumentos

• Introdução

• Resultados

Relatório Final

Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Usuários de Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à Aids no Estado de São Paulo

Visão geral dos resultados

A não-aderência (ou não-adesão) aos novos medicamentos para a aids (anti-retrovirais em geral- ARV- e inibidores da protease - IP- em particular) tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, em nível individual, e para a disseminação de vírus-resistência, em nível coletivo. Isto porque os novos regimes terapêuticos para aids parecem exigir do “aderente” integração complexa entre conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado em saúde.

A complexidade dos esquemas ARV tem sido lembrada, em algumas ocasiões, no sentido de alertar para um possível aumento da ameaça da não-aderência nos países pobres, teoricamente menos capazes de garantir acesso a medicamentos tão caros, adequadas prescrições e orientações, por parte dos serviços de saúde, e adequado cumprimento, por parte dos doentes.^{1 - 2}

Argumentação semelhante também aparece em alguns contextos, advertindo para um maior risco de não-aderência entre grupos sociais marginalizados como homeless e usuários de drogas ilícitas.^{3 - 4 - 5}

O Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar a política de distribuição gratuita e universal de medicação anti-retroviral, tanto pela alta prevalência da aids quanto pelo grande investimento feito pelo estado brasileiro. A questão da aderência é aqui especialmente importante, assumindo contornos sociais e políticos muito evidentes.

A não- aderência (em algum grau) é universal

Esta é a primeira importante constatação que se faz ao estudar a aderência a cuidados de saúde. De fato, os estudos mostram que algum grau de não-aderência ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida.^{6 - 7 - 8} .

A análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas com usuá-rios 12 mostrou claramente que todos têm momentos de não-adesão e que a história dos 'aderentes' é uma história de superação de dificuldades, como bem sintetiza um dos entrevistados: No começo foi difícil acertar, aquela coisa do coquetel, do horário, até do preconceito, até eu tinha um pouco de preconceito, agora, hoje tudo bem. Hoje eu tomo como se fosse normal. (Luís). Também a análise do grupo, obtida pelas entrevistas estruturadas, revelou que quase metade dos entrevistados admitiu já ter falhado a medicação em algum momento ao longo do tratamento.

Quanto, exatamente, se falha? Qual é o grau da adesão?

A taxa média de adesão observada em inúmeros estudos de doenças crônicas tem se situado em torno de 50% para todos os tipos de tratamento.^{7 - 8 - 9} Claro que isto deve variar muito em função de muitos fatores da doença, do doente, do tratamento etc. Mas varia também na dependência do método de medir (direto ou indireto) e da definição de aderência utilizada (porcentagem de pílulas prescritas, comparecimento a consultas, seguimento de regras dietéticas etc.). Entretanto, não há um padrão consensual para estas definições, que variam muito entre os estudos. Por isto, é extremamente importante que as avaliações e comparações entre níveis de aderência sempre considerem o método utilizado e o nível no qual a aderência foi definida. É também importante analisar a população sob estudo, uma vez que muitos trabalhos tratam de grupos muito específicos (só usuários de drogas, ou só pacientes de um específico serviço de saúde, por exemplo).

Nosso estudo trabalhou com a aderência reportada pelo usuário nos 3 dias que antecederam a entrevista. Considerando aderente todos os que tomaram 80% ou mais do total de comprimidos que deveriam ser tomados, segundo o consenso vigente, **obtivemos uma prevalência de aderência de 69%** (IC 95% =0,66-0,71)^{10 b c}. Trabalhos recentes provenientes de países do primeiro mundo que mediram a aderência aos ARV **em população geral**, utilizando-se de metodologia semelhante a do nosso estudo, obtiveram taxas semelhantes : 75%,¹¹ 78%¹² e 60%.¹³

Esta semelhança já havia sido obtida em outro estudo que comparou a adesão na cidade de Ribeirão Preto, no interior de São Paulo, a cidades do primeiro mundo.¹⁴ Ao que tudo indica, a política brasileira de acesso universal aos medicamentos ARV é responsável por parte importante deste resultado. Esta hipótese é tão mais forte quando examinamos o perfil socioeconômico predominante do grupo estudado: escolaridade e renda média muito baixas e alto nível de desemprego . Diante de tal perfil, o acesso livre a medicamentos tão caros quanto os ARV prova ser condição básica para qualquer programa de controle da aids no País.

Impossível não enfatizar, de outro lado, que estes resultados chamam atenção, mais uma vez, para a urgência da questão social no Brasil.

Se a adesão aos ARV em São Paulo parece muito semelhante à do primeiro mundo, as taxas obtidas aqui, como lá, estão ainda longe de níveis desejáveis. Embora ainda não se saiba com confiança razoável qual taxa seria aceitável para se obter a maior supressão viral possível, trabalhos mais recentes têm indicado a necessidade de taxas maiores.¹⁵

A literatura vem corroborando a efetividade de várias estratégias de melhoria imediata nos níveis de adesão. Entender melhor os fatores associados e os determinantes da adesão na nossa realidade é um dos principais passos para que se possa incrementar as estratégias de intervenção que já vêm sendo realizadas nos serviços de saúde. A análise multimétodos que realizamos nesta avaliação cujos relatórios completos encontram-se a seguir, forneceu muitas evidências capazes de sustentar políticas e ações programáticas neste sentido. Certamente, o modo participativo e descentralizado como esta avaliação foi conduzida e as análises parciais divulgadas ao longo de todo o processo já potencializaram estas intervenções. O resultado final que divulgamos agora conclui este processo chamando a atenção, mais uma vez, para a necessidade de que as análises quantitativas e qualitativas sejam consideradas em conjunto de modo a ampliar seu poder explicativo e instrumentar melhor as intervenções.

Resumimos, a seguir, as mais significativas conclusões do estudo:

- O estudo quantitativo mostrou que certas características de grupo dos usuários são fatores de risco para não aderência: escolaridade menor que 4 anos, ausência de renda pessoal, mostraram-se associados com a não-adesão independentemente do esquema de ARV utilizado, do tipo de unidade de saúde, da quantidade de faltas ao seguimento médico e das demais variáveis analisadas, indicando claramente a necessidade de atenção específica para o grupo de pior status socioeconômico.
- A história dos aderentes é uma história de superação de dificuldades, relacionadas sobretudo à adaptação do estilo de vida e a questões relacionadas ao estigma da doença. Essa história passa por momentos cruciais, sendo um deles, certamente, o início do tratamento, no qual aparecem com maior nitidez a necessidade de aceitação da doença e de estabelecimento de relação confiável com o médico e o serviço de saúde.¹⁶
- A variável serviço/saúde mostrou importante poder de explicação sobre a aderência. Serviços de diferentes tipologias ¹⁷ mostram riscos de aderência muito diferentes, independentemente das características dos usuários.¹⁰
- O papel do serviço de saúde é extremamente importante na superação

das dificuldades relacionadas ao tratamento. A capacidade de diálogo e de “negociação” por parte do serviço é fundamental.¹⁶

• A maioria dos serviços estudados não apresenta deficiências importantes no que diz respeito às características centrais de estrutura e processo do cuidado técnico.¹⁷ Entretanto, não possuem, no momento, condições plenas para estabelecimento de formas de atenção mais dialógicas e mais específicas para abordagem da questão da aderência com os usuários. A atenção é fortemente centrada na consulta médica, cujo padrão tecnológico predominante, embora de boa qualidade na dimensão restritivamente técnica, prescinde tanto de atenção para dimensões mais amplas da vida dos usuários quanto de “abertura” para formas discursivas menos assimétricas e tecnicizadas na abordagem da aderência.¹⁸

1 The World Bank. *Confronting Aids: Public Priorities In A Global Epidemic*, Oxford University Press, 1997.

2 Praag R. van, Fernyak S., Katz A. M. *Las repercusiones de los tratamientos anti-retrovirales*. OMS, Consulta informal, 1997.

3 MacIwain C. *Better adherence vital in Aids therapies*. *Nature* 390: 326, 1997.

4 Mirken B. *How Much Does It Really Matter If You Take Yours Pills on Time?* *Bulletin of Experimental Treatment of Aids* 1997. Disponível na Internet < <http://www.staf.org/treatment/beta/b34/b34pills.htm> > Fevereiro 1998.

5 Lyons C. *HIV Drug Adherence: Special Situations*. *JANAC* 8: 29-36, 1997.

6 Haynes R.B., Mckibbon K.A., Kanani R. *Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications*. *The Lancet* 348: 383-386, 1996.

7 Wright E.C. *Noncompliance – or how many aunts has Matilda?* *The Lancet* 342(8876): 909-913, 1993.

8 Urquhart J. *Patient compliance with crucial drug regimens: implications for prostate cancer*. *Eur-Urol*. 29(2): 124-31, 1996.

9 Coombs R. B., Jensen P., Her M. H., Ferguson B. S., Jarry J. L., Wong J. S. W., Abrahamsohn R. V. *Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of non-compliance & inappropriate use of medication in Canada*, University of Toronto Press, 1995.

10 Nemes M. I. B.; Souza M. F. M; Kalichman A.O.; Grangeiro A.; Souza R.A; Lopes

J.F. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Prevalência da aderência e Fatores Associados, 1999 (mimeo) (em anexo)

11 Walsh J., Dalton M., Gill J., Wilkinson D., Burgess A. P., Gazzard B. G. Adherence to protease inhibitor based highly effective anti-retroviral therapy (HAART). In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 12298.

12 Hecht F.M., Colfax G., Swanson M., Chesney M.A. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In 5th Conf Retrovir Oppor Infect, San Francisco, 1998. Abstracts. San Francisco, 1997, n 151.

13 Eldred L. Adherence in the era of protease inhibitors. John Hopkins AIDS SERVICE. Disponível na Internet < http://www.hopkins-aids.edu/jhas_htmlcode/jhas_outres/jhas_outres_therapy.html >, 1998

14 Gir E., Pratt R., Bunch E. H., Holzemer W. L. Adherence to anti-retroviral therapy: a four country comparison. In 12 th World Aids Conference, Geneva, 1998. Abstracts. Geneva, 1998, n 60129.

15 Paterson D., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E., Squier C., Wagener M., Singh N.. How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. In 6 Th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 92

16 Nemes M. I. B., Melchior R., Jordan M. S., Okazaki E., Komatsu C. L. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários, 1999 (mimeo) (em anexo).

17 Castanheira E. R. L., Nemes M. I. B. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Avaliação das características de estrutura e processo dos serviços de saúde, 1999 (mimeo) (em anexo).

18 Castanheira E. R. L., Capozzolo A. A., Nemes M. I. B. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à aids no Estado de São Paulo, Brasil. Avaliação das características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados,

1999 (mimeo) (em anexo).

Na literatura internacional, os unitermos utilizados são compliance ou adherence. Embora tenhamos revisado artigos que contêm ambos os termos, preferimos empregar no texto os termos aderência ou adesão. Isso porque, apesar de alguns trabalhos ainda os tratarem indiferentemente, cada um representa apreensões conceituais distintas. O termo adherence vem se disseminando através de estudos, por expressar melhor o sentido da “concordância autônoma” (ou patient empowerment)

do doente com o tratamento. Já o termo mais tradicional, compliance, está mais próximo da idéia de “cumprimento de regras” (ou physician control). O termo `adesão´ em Português parece mais adequado ao sentido preferido de “concordância autônoma” ou empowerment. A atual disseminação do termo `aderência´ entre os profissionais de saúde e a mídia levou à opção de também usá-lo, embora se saiba que o termo `aderência´, apesar de ser também considerado sinônimo de `adesão´, aporta, tradicionalmente, um sentido menos abstrato.

O resultado refere-se, exclusivamente, à quantidade de medicamentos. Estudos posteriores deverão analisar, igualmente, a adequação em termos de horários e condições alimentares.

Note-se que 50% dos entrevistados reportaram 100% de aderência. Não reproduzir sem autorização do autor.
P/correspondência: mibnemes@usp.br - Maria Inês Baptistella Nemes

Créditos

Edição:

Coordenação Nacional de DST/Aids
Coordenador: Paulo R. Teixeira
Assessoria de Comunicação (ASCOM)
Responsável: Eliane Izolan

Editor: Dario Noletto
Revisora: Ana Paula Magalhães Penha e Nágila Rodrigues Paiva
Capa, projeto gráfico e diagramação: Masanori Ohashy

Versão para a internet:
Direção: Daniel Lavenere
Web Design: Rafael Lavenère