JOSELITA MARIA DE MAGALHÃES CARACIOLO

**Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV
em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines Battistella
Nemes

São Paulo

2010

JOSELITA MARIA DE MAGALHÃES CARACIOLO

**Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV
em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Caraciolo, Joselita Maria de Magalhães

Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo / Joselita Maria de Magalhães Caraciolo. -- São Paulo, 2010.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Battistella Nemes.

Descritores: 1.Síndrome de imunodeficiência adquirida 2.Cooperação do paciente 3.Pesquisa sobre serviços de saúde 4.Terapia anti-retroviral de alta atividade 5.Adesão à medicação

USP/FM/DBD-227/10

Dedicatória

*Ao meu pai, exemplo de caráter, ética, honestidade e generosidade,
que além do gosto pela vida, me deixou de herança a solidariedade,
o amor e a fé na humanidade.*

Saudades...

Errância

*Só porque
erro
encontro
o que não se
procura*

*só porque
erro
invento
o labirinto*

*a busca
a coisa
a causa da
procura*

*só porque
erro
acerto: me
construo.*

*Margem de
erro: margem
de liberdade.*

Orides Fontella (1940 – 1998)

Agradecimentos

Aproveito este espaço para registrar meu agradecimento a estes e outros amigos que deixaram suas marcas, de uma ou outra forma, nesta minha jornada.

À Professora Maria Ines Battistella Nemes, amiga e orientadora pela oportunidade de realizar um antigo desejo e, sobretudo, por não ter desistido de me fazer conciliar as diversas atividades nas quais estava envolvida (mãe, filha, esposa, médica, gerente...) com a vida acadêmica. Pelo respeito aos meus limites e maus momentos. Foram de extrema valia nossas conversas e espero ter aproveitado o melhor possível as verdades carinhosas que apenas as pessoas queridas sabem e podem dizer.

À Cáritas Relva Basso por ter compartilhado nos nossos infinitos diálogos o peso e os sacrifícios aos quais me vi submetida nestes últimos anos e pelo estímulo, incentivo e valorização de cada pequeno passo dado.

Ao Professor Ernani Tiaraju de Santa Helena pelo suporte nas análises estatísticas e em especial pela força nos momentos difíceis. Valeu.

Ao Professor Euclides Ayres de Castilho que, no pior momento de minha vida, agiu com imensa humanidade e solidariedade. Jamais esquecerei.

Aos Professores Reinaldo Jose Gianini, Ellen Rose Castanheira Lodeiro e Naila Janilde Seabra dos Santos pelas cuidadosas, carinhosas e valorosas contribuições na banca de qualificação.

Ao Professor Heráclito pelos esforços, atenção e apoio recebidos, não apenas por ocasião da qualificação, mas também nos imprevistos ocorridos no término desta dissertação.

Ao amigo Luis Pereira Justo pelos cuidadosos ensinamentos referentes à condução de revisões bibliográficas.

À Maria Clara Gianna, Artur O. Kalichmann, Stella Mares Bueno e Rosa de Alencar Souza, amigos e gerentes, por abraçarem comigo este projeto e viabilizarem minha participação por inteira.

À Ernesto, marido e parceiro de caminhada, meu orgulho e amor de minha vida, cuja paciência, tranqüilidade e apoio possibilitaram meu envolvimento neste projeto pessoal.

Às minhas filhas Luíza, Júlia e Beatriz frutos de muito amor, com quem aprendo todos os dias a ser uma pessoa melhor. Em especial pela “aceitação” da minha ausência em vários momentos de nossas vidas. Vocês são pessoas muito especiais!

À minha mãe e irmãos, cujo apoio e amor incondicionais me dão a segurança necessária para continuar a ser, fazer e acontecer todos os desejos e sonhos a despeito dos mais de 3.000 km de distância que nos separam.

Ao mestre Chicão (Dr. Francisco José Barreto Trindade), que com muita paciência, respeito e dignidade, me iniciou “pela mão” na prática médica. Pelos ensinamentos técnicos, obviamente, mas especialmente pelos éticos e humanos em relação às pessoas que estão em sofrimento.

Em especial, aos profissionais e gerentes dos serviços que participaram do inquérito aqui analisado.

A todos os que tornaram possível a elaboração desta dissertação, meu muito obrigada!

Como diz a canção:

*“...It may be quite simple,
But, now that is done”.
(Your Song - Elton John).*

Normalização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), 5ª edição. Editora Global. 2009.

UNAIDS Terminology Guidelines - 28 Mar 2007 – Disponível em:
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070328_unaids_terminology_summary_en.pdf. Último acesso 10/07/09.

*"O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."*

Guimarães Rosa – Grande sertão: Veredas

Sumário

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	v
Lista de tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas e siglas.....	xv
Resumo.....	xvi
Summary.....	xvii
Apresentação.....	xviii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A problemática da adesão.....	1
1.1.1 A problemática da adesão nas doenças crônicas.....	1
1.1.2 A problemática da adesão na aids.....	7
1.2 Explicando a (não) adesão.....	14
1.2.1 Teorias e determinantes.....	14
1.2.2 O papel do serviço de saúde.....	20
1.3 Intervenções e atividades para melhoria da adesão.....	23
1.3.1 Intervenções na literatura.....	23
1.3.1.1 Principais tipos de intervenções.....	24
1.3.1.2 Principais teorias subjacentes às intervenções.....	28
1.3.2 Atividades no Brasil e em São Paulo.....	33
2. OBJETIVOS.....	41
2.1 Objetivo Geral.....	41
2.2 Objetivos Específicos.....	41
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	42
3.1 Tipo de estudo.....	42
3.2 População estudada.....	43
3.3 Instrumento.....	44
3.4 Procedimentos operacionais.....	47
3.5 Plano de Análise.....	52
3.5.1 Questões estruturadas.....	52
3.6 Questões abertas.....	56
3.7 Limites e possibilidades.....	57
3.8 Considerações Éticas.....	59

4. RESULTADOS DO INQUÉRITO SOBRE AS ATIVIDADES DE ADESÃO EM CURSO NOS SERVIÇOS.....	60
4.1 Análise das questões estruturadas.....	60
4.2 Análises Bivariadas dos serviços estudados.....	82
4.3 Análise Multivariada.....	120
4.4 Análise das questões abertas.....	136
5. DISCUSSÃO.....	179
5.1 Caracterização dos serviços.....	179
5.2 Avaliação da adesão.....	183
5.3 Frequência da avaliação da adesão.....	184
5.4 Atividades individuais de estímulo à adesão.....	185
5.5 Atividades coletivas de estímulo à adesão.....	186
5.6 Trabalho com populações específicas.....	188
5.7 Atuação dos profissionais.....	189
5.8 O trabalho em equipe.....	192
5.9 Suporte para as ações.....	193
5.10 Tamanho do município, porte e tipo de serviço.....	194
6. CONCLUSÕES.....	198
7. ANEXOS.....	201
8. REFERÊNCIAS.....	210

Lista de Tabelas

Tabela 1 –	Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007	53
Tabela 2 –	Distribuição dos serviços do Estado de São Paulo que responderam ao inquérito segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007	55
Tabela 3 –	Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo que não responderam ao inquérito, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio 2007	56
Tabela 4 –	Distribuição dos serviços do Estado de São Paulo de acordo com resposta ao questionário de adesão, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007	58
Tabela 5 –	Distribuição dos serviços respondentes do Estado de São Paulo, segundo GVE, maio 2007	60
Tabela 6 –	Formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	62
Tabela 7 –	Frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	63
Tabela 8 –	Atividades individuais de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços ambulatoriais de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	65
Tabela 9 –	Atividades coletivas de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços ambulatoriais de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	67
Tabela 10 –	Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo, que não informaram conduzir atividades coletivas de adesão, maio de 2007	68
Tabela 11 –	Populações alvo de atividades de estímulo a adesão nos serviços ambulatoriais de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007...	70
Tabela 12 –	Material de apoio utilizado em atividades de estímulo à adesão nos serviços ambulatoriais de HIV/Aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	72
Tabela 13 –	Tipos de parcerias entre Organizações Não Governamentais e os serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, 2007...	73
Tabela 14 –	Associação entre o porte dos serviços e as formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	75

Tabela 15 –	Associação entre o porte dos serviços e a frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	77
Tabela 16 –	Associação entre o porte dos serviços e o desenvolvimento de atividades individuais para estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	79
Tabela 17 –	Associação entre o porte dos serviços e o desenvolvimento de atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007	81
Tabela 18 –	Associação entre o porte dos serviços e desenvolvimento de atividades de adesão para populações específicas nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007...	83
Tabela 19 –	Associação entre porte dos serviços e material de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	84
Tabela 20 –	Associação entre porte dos serviços e existência de parcerias entre Organizações Não Governamentais de apoio a aids e os serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	85
Tabela 21 –	Associação entre os tipos de serviços e as formas de avaliar a adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	87
Tabela 22 –	Associação entre tipos de serviços e frequência com que a adesão é avaliada nos ambulatorios de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	89
Tabela 23 –	Associação ente os tipos de serviços e as atividades individuais para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	91
Tabela 24 –	Associação ente os tipos de serviços e as atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, 2007.....	93
Tabela 25 –	Associação ente os tipos de serviços e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	95
Tabela 26 –	Associação entre os tipos de serviços e materiais de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	96
Tabela 27 –	Associação entre tipos de serviços e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids com serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	97

Tabela 28 –	Associação entre os tipos e portes dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	98
Tabela 29 –	Associação entre o tipo de serviço e tamanho dos municípios do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	99
Tabela 30 –	Associação entre tamanho do município e a forma com a adesão é avaliada.....	101
Tabela 31 –	Associação entre tamanho do município e a frequência com que a adesão é avaliada nos ambulatórios de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	102
Tabela 32 –	Associação ente o tamanho do município e as atividades individuais para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	104
Tabela 33 –	Associação ente o tamanho do município e as atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	106
Tabela 34 –	Associação ente o tamanho do município e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	108
Tabela 35 –	Associação entre o tamanho do município e o material de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	109
Tabela 36 –	Associação entre tamanho do município e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids com serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	110
Tabela 37 –	Associação entre o tamanho do município e o porte dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	111
Tabela 38 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	113
Tabela 39 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	115
Tabela 40 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo as atividades individuais de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	117
Tabela 41 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo as atividades coletivas de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	119

Tabela 42 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo populações específicas alvo de atividades de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	121
Tabela 43 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo Material de apoio utilizado em atividades de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	122
Tabela 44 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo parcerias entre Organizações Não Governamentais e os serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	123
Tabela 45 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo tipos de serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	124
Tabela 46 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo tamanho dos municípios dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	125
Tabela 47 –	Análise Multivariada - Agrupamento segundo porte dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007.....	126

Lista de abreviaturas e siglas

ARV	Antirretroviral
CRT DST/AIDS	Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids
DST	Doença Sexualmente Transmissível
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DRS	Departamentos Regionais Saúde
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MEMS	<i>Medication Event Monitoring System</i>
ONG	Organização Não Governamental
PE DST/AIDS	Programa Estadual de DST e Aids
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST e Aids
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
SICLOM	Sistema Informatizado de Controle e Logística de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral

Resumo

Caraciolo JMM. *Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Introdução: O emprego da terapia antirretroviral (TARV) proporcionou dramático impacto na mortalidade por aids e aumento na sobrevida. Entretanto, esse panorama depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso. A relevância da adesão tem sido reconhecida pelo Programa Nacional de DST e Aids desde o final dos anos 1990. Em que pese o destaque que o plano propositivo do Programa tem dado para a questão, ainda não dispõe de estudo atualizado sobre o número e tipo das atividades que estão em curso nos serviços. Este estudo teve por objetivo descrever as atividades de adesão em curso nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo. **Métodos:** Foi enviado um questionário semi-estruturado para todos os 179 ambulatórios de HIV/aids do Estado, com perguntas sobre o tipo de serviço, pessoas sob TARV, formas e frequências de avaliação de adesão, atividades desenvolvidas (individuais, coletivas e para grupos específicos) e parcerias com organizações não governamentais. Para testar associação entre variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou os testes exato de Fisher ou teste da razão de verossimilhanças, no nível de significância de $p < 0,05$. A análise de agrupamento foi utilizada para investigar cada uma das associações de cada resposta com as variáveis: tamanho do município, tipo e tamanho das clínicas. **Resultados:** 136 dos ambulatório (76%) responderam à pesquisa. Quase todos (96,3%) relataram incentivar a adesão na prática clínica, predominantemente nas consultas de médicos (94,1%) e enfermeiros (67,6%). A maioria (78,7%) relatou avaliar a adesão através de registros da farmácia. Grupos (38,2%) e palestras (28,7%) foram as atividades de grupo mais conduzidas. A análise de agrupamento identificou três grupos de ambulatórios, dois deles muito distintos. **Grupo 1** (27 ambulatórios) foi composto predominantemente por unidades de saúde básica, com menos de 100 pacientes, apresentaram a menor frequência de avaliação da adesão e menos atividades individuais e em grupo. **Grupo 2** (51 ambulatórios) foi constituído principalmente por ambulatórios especializados em HIV/aids, com mais de 500 pacientes, com maior frequência de avaliação da adesão, maior participação de psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos e mais atividades individuais e em grupo. **Grupo 3** (56 ambulatórios) foi composto em sua maioria por ambulatórios de especialidades e de médio porte, com a maioria das atividades semelhantes ao Grupo 2, exceto pela ausência de atividades para grupos específicos e menos envolvimento multidisciplinar. **Conclusão:** Dado o amplo reconhecimento da importância da adesão por parte das clínicas, ainda há poucas atividades específicas de adesão no Estado. As clínicas maiores e mais especializadas tendem a oferecer mais atividades individuais e em grupo, utilizando abordagens multidisciplinares. Maior atenção deve ser dada para a descentralização do atendimento às pessoas vivendo com HIV para assegurar cuidados de qualidade mais homogêneos em toda a rede ambulatorial.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cooperação do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Adesão; Aderência; AIDS

Summary

Caraciolo JMM. HAART adherence support provided by HIV/AIDS outpatient clinics in Sao Paulo state, Brazil [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo”; 2010.

Introduction: The use of antiretroviral therapy (HAART) has provided dramatic impact on AIDS mortality and improved survival. However, this scenario depends on maintaining high rates of adherence to HAART. The relevance of adherence has been recognized by the National STD/AIDS Program since the late 1990s. Despite the emphasis that the Program has given to the issue, there have been no study to date on the number and type of activities that are underway in the services. This study aimed to describe the HAART adherence support activities in Sao Paulo State HIV/AIDS clinics.

Methods: We sent a semi structured questionnaire to all 179 HIV/AIDS clinics with questions about type of clinic, people on HAART, adherence assessment, activities (individual, group and for specific groups). To test association between categorical variables used the chi-square test or Fisher exact test or likelihood ratio test at a significance level of $p < 0.05$. Cluster analysis was used to investigate each association of each answer with the variables: municipality size, type and size of the clinics.

Results: 136 clinics (76%) answered the survey. Almost all (96.3%) reported encouraging adherence in clinical practice, particularly in the medical (94.1%) and nurse (67.6%) visits. Most (78.7%), reported assessing adherence by pharmaceutical records. Groups (38.2%) and lectures (28.7%) were the group activities most developed. Cluster analysis identified three groups of clinics; two of them were too different. Group 1 (27 clinics) was predominately composed by primary care clinics, with less than 100 patients, the lowest frequency of assessing adherence and fewer individual and group activities. Group 2 (51 clinics) predominately composed by HIV specialized clinics specializing, HIV/AIDS, with more than 500 patients, assessing adherence more frequently, with greater involvement of psychologists, social workers and pharmacists developing more individual and group activities. Group 3 (56 clinics) was predominately composed by medium size specialized clinics, with majority of activities similar to Group 2, except by the absence of activities to specific groups and less multidisciplinary involvement.

Conclusion: Given the broad recognition of the adherence importance by the clinics, there are still few specific adherence activities. The larger and more specialized clinics tend to provide more individual and group activities, using multidisciplinary approaches. Greater attention should be given to the decentralization of care offered to people living with HIV to ensure more homogeneous quality care across the ambulatory network. **Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient Compliance; Health Services Research; Highly Active Antiretroviral Therapy; Adherence; HAART; AIDS.

Apresentação

Este trabalho se baseia em uma pesquisa exploratória sobre as atividades voltadas para a adesão ao tratamento medicamentoso do HIV/aids em curso nos serviços ambulatoriais do SUS do Estado de São Paulo.

É fruto de uma singular conjunção de interesses pessoais, profissionais e acadêmicos.

Desde 1992 trabalho no Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids - SP – CRT DST/AIDS, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sede da Coordenação Estadual do Programa de DST e Aids de São Paulo, a instituição “é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às DST/Aids, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, em todo o Estado de São Paulo”.^{*} A estrutura de trabalho integrado entre atividades programáticas e assistenciais permite “prover atendimento, criar e validar procedimentos preventivos e modelos de assistência, avaliar e levar adiante pesquisas clínicas e oferecer treinamentos com maior legitimidade diante dos profissionais e instituições do Estado”.^{*} Abriga em suas instalações um dos maiores serviços de assistência especializada em HIV/aids do Brasil, atualmente com cerca de 4.500 pessoas vivendo com HIV em acompanhamento regular, das quais 85% fazem uso de terapia antirretroviral. Até hoje foram matriculadas no serviço mais de 70.000 pessoas.

Nestes quase 18 anos na instituição trabalho especificamente na Gerência de Assistência Integral à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV. Já

^{*} Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/jipusuchof.mmp>. Acessado em 15/01/2010.

desempenhei, e ainda desempenho, diferentes papéis. Sou médica infectologista, fui supervisora do Serviço de Assistência Médica, Diretora do Serviço de Assistência Especializada durante 10 anos, entre outros. Tive oportunidade de prestar algumas consultorias e supervisões para o Programa Nacional de DST e Aids, alguns outros programas estaduais, municipais e também diretamente para serviços de saúde, nas questões de organização e processo de trabalho ambulatorial, adesão ao tratamento antirretroviral e redução de danos em pessoas vivendo com HIV.

Em 1998 conheci a Professora Vera Paiva, que estava desenvolvendo no CRT DST/AIDS o projeto de pesquisa que resultou no livro *“Tá difícil de Engolir?”*, no qual tive o prazer de ter a co-autoria de um capítulo.* Foi minha primeira aproximação com a academia. Quase simultaneamente conheci a Professora Maria Ines Battistella Nemes na primeira parceria estabelecida entre o Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP e o CRT DST/AIDS, para proceder a avaliação da adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral no Estado de São Paulo.

Minha familiaridade com o objeto e também com a metodologia participativa utilizada na pesquisa me conduziram à Maria Ines provocando gradualmente algumas alterações no meu percurso. Ressalto três destas mudanças: minha entrada na Equipe Qualiaids,[†] no mestrado e a mudança de função no meu local de trabalho.

* Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. *Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo*. In: Teixeira, PR (org); Paiva, V. (org); Shimma, E. (org). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPAIDS-SP, 2000.

[†] Sediada no Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP, a Equipe Qualiaids, coordenada pela Prof. Dr^a Maria Ines B. Nemes, reúne docentes de várias universidades (Universidade de São Paulo, Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Regional de Blumenau) e alunos de pós-graduação, alguns deles técnicos do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo.

A inserção na Equipe Qualiaids ocorreu em 2002. Acredito que minha experiência como médica e gerente tenha facilitado o trabalho com a Equipe, principalmente devido a afinidade com os temas centrais da linha de pesquisa: qualidade da assistência e adesão do paciente ao tratamento. A oportunidade de me envolver em alguns projetos propiciou o (re) conhecimento e melhor apropriação de quadros teóricos e a gratificante co-autoria em publicações da equipe.* Em especial minha participação na revisão e adaptação para a versão eletrônica do “Questionário Qualiaids” e redação do guia de recomendações de boas práticas, que constituíram o sistema de monitoramento e avaliação da assistência ambulatorial do SUS às pessoas que vivem com HIV adotado, em 2007 pelo Programa Nacional de DST/Aids.† O aprendizado potencializou e aprimorou minha atuação profissional, pois embora estivesse em posição de assessorar a coordenação do Programa Estadual nos assuntos referentes à organização dos serviços ambulatoriais do Estado, em meio às tantas e sempre urgentes atividades inerentes ao processo rotineiro da gestão, me era difícil planejar e executar algumas análises com a qualidade desejada.

O estreitamento de laços com a Universidade foi inevitável e culminou com meu ingresso no programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina da USP em 2007. Foi uma excelente oportunidade para desenvolver ações que há muito ansiava, devido ao cargo e função que ocupava. Trabalhar com adesão sempre foi prioritário para mim e para o Programa Estadual. Movida pela necessidade de conhecer os trabalhos de adesão existentes no Estado, elaboramos e aplicamos

* - Nemes MIB, Castanheira ERL, Santa Helena ET, Melchior R, Caraciolo JMM, Basso CR, ALVES MTSSB, Alencar TMD, Ferraz DAS. *Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil*. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2009, vol.55, n.2 ISSN 0104-4230.

- Nemes MIB, Santa Helena ET, Caraciolo JMM, Basso CR. *Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (Sup 3):S392-S400, 2009.

† O aplicativo pode ser acessado em <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids>.

via CRT DST/AIDS um questionário dirigido aos serviços. Este inquérito integrou parte da 1ª fase do projeto de pesquisa resultante de nova parceria estabelecida entre o Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP e o CRT DST/AIDS e se constituiu no objeto desta dissertação.

A pesquisa intitula-se “AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA MELHORIA DA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL DA AIDS”, foi conduzida pela Professora Maria Ines Battistella Nemes e Equipe Qualiaids, atendeu ao edital de concorrência na chamada para projetos do PP/SUS e tem a FAPESP como instituição financiadora – Projeto de pesquisa FAPESP Processo Nº 2006/61277-6.

A primeira fase da pesquisa dedicou-se a caracterizar as atividades para melhoria da adesão em curso no Estado de São Paulo, utilizando o inquérito já aplicado pelo CRT DST/AIDS e a realização de uma oficina com os profissionais que conduzem intervenções nos serviços do Estado, cujos participantes foram intencionalmente selecionados por meio da avaliação do inquérito respondido.

A segunda fase da pesquisa envolveu a construção de uma intervenção individual para melhoria da adesão e a avaliação de sua efetividade por meio de estudo randomizado e controlado.*

A terceira e atual fase da pesquisa é a avaliação qualitativa da intervenção do ponto de vista dos profissionais e pacientes participantes.

Embora tenha me envolvido em todas as fases da pesquisa (bem como todos da Equipe Qualiaids), devo dizer que mobilizada por motivações pessoais, profissionais e acadêmicas me empenhei particularmente na

* Objeto da submissão de Tese de Doutorado de Cáritas Relva Basso e do artigo: Basso CR, Nemes MIB, Santa Helena ET, Caraciolo JMM. *A psychosocial intervention to improve adherence to ART*. Aids Patient Care and STD.

chamada fase 1 (inquérito). Esta fase da pesquisa gerou, antes desta dissertação, o relatório para FAPESP, a publicação de um artigo (Anexo 2), e tenho certeza, informações úteis para o Programa Estadual.

A terceira e última mudança na minha vida profissional que gostaria de comentar é justamente decorrente da apropriação de todo este conhecimento. Impregnada de cultura avaliativa e reconhecendo as lacunas e a capacidade de impulsionar a melhoria da qualidade do cuidado, após 10 anos no cargo de diretora do serviço de assistência especializada do CRT DST/AIDS, comecei a trabalhar com monitoramento e avaliação em 2008. Há cerca de um ano e meio sou responsável pela estruturação de uma área de monitoramento e avaliação especificamente voltada para a Gerência de Assistência do Programa Estadual.

Devo dizer que foi com prazer que trabalhei nesta 1ª fase do projeto, que se dedicou a caracterizar as atividades de adesão em curso no Estado. Sou grata por esta oportunidade, pois como já afirmei embora a adesão ao tratamento da aids fosse prioridade, o consumo da rotina assistencial, gerencial técnico-administrativa e a falta de *expertise* dificultavam a realização de projetos e pesquisas.

Em que pese a colaboração de todos da Equipe no projeto e, portanto, também da autoria como um todo, assumo plena responsabilidade pela elaboração do questionário, que reafirmo foi anterior ao início do projeto, e pelas análises do inquérito, mesmo reconhecendo que as contribuições dos colegas da Equipe foram de inestimável valor, por meio das discussões, troca de experiências e particularmente pelo grande auxílio no tratamento dos dados para as análises estatísticas.

*"O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."*

Guimarães Rosa – Grande sertão: Veredas

1. INTRODUÇÃO

1.1 A problemática da adesão

*“Drugs don't work in patients who don't take them”**

C. Everett Koop

1.1.1 A problemática da adesão nas doenças crônicas

A proliferação de tratamentos eficazes, capazes de curar ou controlar doenças foi o marco do desenvolvimento da medicina durante o último século. A revolução terapêutica que sucedeu a descoberta dos antibióticos na década de 1940 produziu arsenais de medicamentos que alteram sobremaneira a evolução natural de muitas doenças. Se isto conferiu maior controle sobre as enfermidades, trouxe também para o cotidiano das pessoas a necessidade de convivência rotineira com o tratamento.

Nesta convivência cotidiana falhas e irregularidades de diferentes maneiras e intensidades, são universais; independentemente da capacidade ou do potencial que o tratamento medicamentoso mostre para prevenir, aliviar ou curar (WHO, 2003; Medicines Partnership, 2005)

A noção de “adesão ao tratamento” se refere ao cumprimento de todas as recomendações que abrangem o tratamento como um todo, incluindo as não medicamentosas, como as dietéticas até o comparecimento a consultas e

* Citado por Osterberg, L, Blaschke, T. Drug therapy - Adherence to Medication. N Engl J Med 2005;353:487-97. Tradução da autora: Remédios não funcionam em pacientes que não os tomam.

exames, etc. Neste trabalho nos restringiremos apenas à dimensão medicamentosa da adesão. Deste modo quando empregarmos o termo “adesão” estaremos nos referindo exclusivamente à *adesão ao tratamento medicamentoso*.

Com magnitude ainda mal dimensionada, acredita-se que o impacto da não-adesão ao tratamento deve ser proporcional à expansão das doenças crônicas no mundo e conseqüente auto-administração de medicamentos. Ressalta-se que em 2001 as moléstias não infecciosas, mentais, aids* e tuberculose representavam 54% do total mundial de todas as doenças e estima-se que irão exceder 65% em 2020 (WHO, 2003). Por este motivo a adesão do paciente ao tratamento está entre os maiores desafios da atenção às doenças crônicas, uma vez que o tratamento impõe o uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados ou mesmo por toda vida.

A preocupação com a adesão parece tão antiga quanto a história da medicina. Uma das primeiras descrições na literatura é atribuída a Hipócrates, na qual enfatiza que os médicos devem observar as falhas de seus pacientes, que fazem com que não sigam o que foi prescrito (Griffith, 1990; Vermeire, 2001). Segundo Chesney (2006) o primeiro estudo sobre adesão foi publicado em 1948. Desde então surgiram diversas publicações, homogêneas em destacar sua importância para a efetividade no tratamento de doenças crônicas, a ponto de algumas revisões sistemáticas de estudos clínicos ponderarem que, como os resultados podem ser aplicados de modo tão

* Neste trabalho optamos por seguir a sugestão do Programa Nacional de DST e Aids e considerar a palavra “aids” como substantivo comum e grafá-la em caixa baixa. Constituem exceções os nomes próprios de entidades ou de programas (que devem ser grafados em caixa alta e baixa) e as siglas compostas grafadas em caixa alta (onde deve seguir a grafia em caixa alta). Entretanto, nas citações e referências preservamos a grafia empregada nos documentos e textos originais.

abrangente a qualquer tratamento auto-administrado, maneiras eficazes de auxiliar as pessoas em seus tratamentos podem ter efeitos maiores sobre a saúde que qualquer tratamento em si. Afinal, a melhor adesão está associada a melhores resultados mesmo quando o tratamento é placebo (McDonald et al., 2002; Haynes et al., 2005).

Se as evidências não suportam afirmar que para o sucesso do tratamento é mais importante investir na adesão que em novas medicações, pode-se supor, no mínimo, que investir no processo de adesão é tão importante quanto ter medicamentos eficazes.

A questão da adesão é usualmente mais importante nas doenças crônicas que nas agudas. Falhas decorrentes do uso de medicamentos utilizados como sintomáticos podem ocasionar inconvenientes, sensações desagradáveis, mas não se constituem, em geral, em ameaça maior à evolução clínica da pessoa. Em contrapartida, se a droga é crucial para a manutenção de funções vitais as consequências clínicas da perda de doses serão mais graves (Urquhart, 1996).

A correlação entre a adesão em doenças crônicas e os resultados para a saúde individual e coletiva tem sido objeto de vários estudos. O adequado tratamento medicamentoso da hipertensão arterial pode reduzir o risco de acidente vascular cerebral em 30 a 43% e de infarto miocárdico em torno de 15% (Schroeder et al., 2004). Entre pessoas com hipertensão resistente, pacientes com maior adesão apresentam as maiores reduções da pressão arterial (Bloch et al., 2008).

Outros dois estudos de revisão da literatura também encontraram resultados semelhantes. Muszbek et al. (2008) examinaram 23 artigos de

língua inglesa publicados no período de janeiro de 1995 a fevereiro de 2007, sobre adesão ao tratamento de doença cardiovascular e condições relacionadas (hipertensão, dislipidemia, diabetes e falência cardíaca). Cramer et al. (2008) examinaram 139 artigos publicados entre janeiro de 2000 e novembro de 2005, sobre adesão em doença cardiovascular, diabetes e dislipidemia. Ambos concluem que a boa adesão tem efeito positivo nos resultados clínicos, com melhor controle e diminuição de complicações.

Em metanálise que incluiu 21 estudos observacionais de diferentes doenças (46.847 participantes), a alta adesão foi associada à menor mortalidade mesmo com uso de placebo (Simpson et al., 2006).

Vários ensaios clínicos e modelos matemáticos associam as falhas na adesão ao agravamento do quadro clínico, ocorrência de comorbidades, falência terapêutica e aumento da mortalidade (Lau e Nau, 2004; Schackman et al., 2005; Ho et al 2006; Munakata et al., 2006). Em consequência, os custos do tratamento habitualmente se elevam devido ao emprego de maior e mais sofisticado arsenal terapêutico como solicitação de exames mais complexos, aumento nas dosagens, associação de outros medicamentos, troca por drogas mais novas e mais potentes, e hospitalização (Haynes et al., 1996; Ernst e Grizzle, 2001; Cramer et al., 2008; Muszbek et al., 2008).

Os custos (médicos, econômicos e humanos) para tratar as comorbidades consequentes a irregularidades na terapia medicamentosa, oneram consideravelmente os gastos com o tratamento (Schueler, 1994; Elliot, 2003). McCombs et al. (1994) exploraram a associação entre a interrupção dos anti-hipertensivos e o custo total com os cuidados em saúde. Encontraram que aproximadamente 86% dos tratamentos foram interrompidos durante o primeiro

ano. Após a interrupção, os gastos por paciente foram aproximadamente quatro vezes maior devido principalmente ao aumento dos custos hospitalares. Outro estudo de revisão estimou os custos hospitalares devido à não-adesão à medicação na ordem de 13,35 bilhões de dólares anualmente nos EUA e os óbitos em 125.000 mortes por ano (Martin et al., 2005).

A OMS estima que a não-adesão à terapia de doenças crônicas esteja em torno de 50% nos países desenvolvidos, e supõe que seja maior nos chamados países em desenvolvimento, devido a um conjunto de fatores como limitado acesso aos cuidados em saúde, medicações e a falta de diagnóstico apropriado (WHO, 2003).

As taxas obtidas nos inúmeros estudos observacionais variam muito de acordo com o tipo de patologia, o desenho do estudo, métodos de aferição, ponto de corte e, particularmente, com as medidas de adesão utilizadas (Nemes et al., 2009). DiMatteo (2004a) em metanálise de 569 estudos que incluiu 17 doenças em estudos com diferentes metodologias de aferição, encontrou grande variação na taxa de adesão de 4,6% a 100% com média de 75,2 e mediana de 76%. Os níveis mais elevados foram encontrados em pacientes com HIV (88,3%), artrite (81,2%), desordens gastrointestinais (80,4) e câncer (79,1%); intermediários em doenças como cardiovascular (76,5%), doenças infecciosas (74%) e afecções cutâneas; (77%) e menores na diabetes (67,5), asma (55%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (51%).

Em estudo retrospectivo que analisou os prontuários de 60.685 pacientes que iniciaram anti-hipertensivos de 2001 a 2002, os autores encontraram taxa de adesão entre 30 a 50%, utilizando como critério a descontinuidade no uso das medicações por 60 dias ou mais no primeiro ano

de tratamento (Elliott et al., 2007). No estudo nacional, a prevalência da adesão entre 200 pacientes hipertensos resistentes ao tratamento foi de 51% quando aferida por questionário, 52% por escala de avaliação respondida pelo médico e 80,5% pela mesma escala respondida pelo próprio paciente. Os não-aderentes aos três métodos empregados (11,9%) tiveram pior evolução dos níveis tensionais (Bloch et al., 2008).

1.1.2 A problemática da adesão na aids

“With the advent of multidrug regimens, adherence to therapy is more than a challenge, it is a necessity.”

*Margaret A. Chesney**

A aids surgiu nos anos 1980 como doença aguda de alta letalidade e se expandiu de maneira dramática em todo o mundo, causando um devastador impacto social, econômico e político. Vinte e cinco milhões de vidas já foram perdidas desde o início da epidemia em todo o mundo. Estima-se que 33 milhões (30 a 36 milhões) de pessoas estavam vivendo com HIV em 2007, ano em que ocorreram 2,7 milhões (2,2 a 3,2 milhões) de novas infecções e 2 milhões (1,8 a 2,3 milhões) de óbitos (UNAIDS, 2008). Também se calcula que neste mesmo ano, 370.000 (330.000 a 410.000) crianças abaixo de 15 anos se infectaram, atingindo o total de 1,6 milhões (1,4 a 2,1 milhões). Nos países mais afetados, o HIV reduziu a expectativa de vida em mais de 20 anos, diminuiu o crescimento econômico e agravou a pobreza. A América Latina é a região que ocupa a quarta posição em número de infectados no mundo, sendo o Brasil, o país que possui o maior número de casos de aids na região, com 544.846 notificações até junho de 2009, distribuídos de forma heterogênea em todas as Unidades da Federação (BRASIL, 2009).

* Chesney MA. Compliance: How Physicians Can Help. *HIV in Site*, 1997. Disponível em: <http://hivinsite.ucsf.edu/hiv?page=md-kbr-03-02-09>. Último acesso em 05/09/2009.

A maioria dos casos está concentrada na região na sudeste (60%), especialmente nos estados de São Paulo (40%) e Rio de Janeiro (14%). No período de 1980 a junho de 2009 o país acumulou 217.091 óbitos por aids (BRASIL, 2009). Estima-se que 638.000 pessoas estarão vivendo com HIV no Brasil em 2011 (BRASIL, 2008 *Metas e Compromissos assumidos*).

A XI Conferência Internacional de Aids que ocorreu em julho de 1996 em Vancouver no Canadá foi importante marco na história da epidemia, alterando drasticamente seus rumos tanto do ponto de vista clínico quanto psicossocial. A divulgação de estudos comprovando a eficácia terapêutica da associação de pelo menos três ARV, sendo um deles um inibidor da protease, reverberou no mundo e rapidamente este esquema se tornou uma indicação universal no tratamento da aids. Denominado pela comunidade científica internacional de Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), nacionalmente de Terapia antirretroviral (TARV*) e popularmente “coquetel”, acredita-se que uma vez introduzido, o tratamento só deve ser suspenso em situações especiais, devendo ser mantido por toda a vida ou até a descoberta de uma terapia que erradique o HIV.

O efeito da disseminação da TARV no manejo da infecção pelo HIV nesta década tem sido surpreendente. Alterou os rumos da epidemia e mudou o prognóstico da doença, resultado de seu impacto na morbi-mortalidade e na qualidade de vida, possibilitando às pessoas que vivem com HIV (PVHIV)* reassumirem suas vidas pessoais e profissionais.

* Empregamos aqui o termo Terapia antirretroviral e sua sigla TARV como sinônimo de HAART, pois é a atual forma adotada no Brasil pelo PN DST/AIDS – Ministério da Saúde.

* Utilizamos as recomendações da UNAIDS de evitar o termo pessoa vivendo com a HIV e aids, bem como a abreviação PVHIV e dar preferência ao termo pessoa vivendo com HIV (PVH): Terminology Guidelines. February 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/JC1336_unaids_terminology_guide_en.pdf. Acesso em novembro 2009.

Em 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes, para cair cerca de 6,3 óbitos por 100 mil habitantes a partir do ano 2000 (após introdução da TARV) (BRASIL, 2008 *Metas e Compromissos assumidos*).

Para Lohse et al. (2007), a sobrevida aumentou na Dinamarca em oito anos de 1995 a 1996, em 23 anos de 1997 a 1999 e em 33 anos de 2000 a 2005, com os esquemas terapêuticos atuais. Este aumento chega a 39 anos, em jovens recém infectados (com 25 anos) e não co-infectados pelo vírus C da hepatite. Esta sobrevida é semelhante à das pessoas com diabetes mellitus. Embora tenha variado os subgrupos de pacientes, a expectativa de vida aumentou entre 1996 e 2005, também no estudo de Hogg et al. (2008).

No Brasil, a sobrevida das PVHIV era de 5,1 meses no período de 1982 a 1989 (Chequer et al., 1992) e foi observado aumento para 16 e 58 meses nas pessoas diagnosticadas em 1995 e 1996, respectivamente (Marins et al., 2003). Em recente estudo, a sobrevida dos adultos diagnosticados no período de 01/01/1998 a 31/12/1999 atingiu 108 meses, sendo maior nos diagnosticados em 1999 (Guibu et al., 2008).

Com o impacto do tratamento a aids passou a ser considerada uma doença crônica por muitos pesquisadores, inclusive brasileiros (Alencar et al., 2008) e recentemente foi consagrada como tal. Durante o International Aids Society de 2008, o presidente do encontro Julio Montaner reconheceu a infecção pelo HIV como uma doença inflamatória crônica (Hammer et al., 2008; Montaner, 2008).

A aids cursa com progressiva e grave disfunção imunológica, em especial depleção dos linfócitos T CD4+. O HIV tem uma grande capacidade

de se replicar, e calcula-se que a cada dia cerca de 10 bilhões de partículas virais são lançadas na circulação sanguínea. Quanto maior a quantidade de vírus no sangue (carga viral HIV) maior a probabilidade de agressão imunológica e progressão para doença. A carga viral elevada e baixa dosagem de CD4+ estão associados a evolução mais rápida para a aids e maior mortalidade (Mellors et al., 1996; Ruiz, 1996; Mellors et al., 1997; Sabin et al., 2000; CASCADE, 2004). Em vista disto, estes são considerados os melhores parâmetros laboratoriais utilizados para avaliar a resposta ao tratamento.

O tratamento ideal deve proporcionar supressão da carga viral; retardar ou evitar a emergência de mutações selecionadas por droga e resguardar futuras opções terapêuticas. Para tanto é essencial que as drogas se mantenham no sangue em níveis terapêuticos, uma vez que estejam abaixo da concentração inibitória mínima, os vírus voltam a se multiplicar rapidamente. Por esta razão estima-se que, provavelmente mais que em qualquer outra patologia, o controle da doença depende do uso quase “impecável” da medicação.

Paterson et al. (2000) em estudo que avaliou a adesão aos esquemas com inibidores da protease, aferida por monitoramento eletrônico e a resposta laboratorial, demonstraram que é necessário haver adesão acima de 95% para o sucesso no tratamento, que no caso foi definido por indetectabilidade da carga viral do HIV. Isto significa que um paciente não pode se esquecer de mais do que uma dose em três semanas, sem sofrer repercussões na viremia. Ainda assim, mantendo este alto uso dos ARV, apenas 81% dos pacientes obtiveram carga viral abaixo de 400 cópias/ml (ponto de corte de indetectabilidade utilizado no estudo).

As associações entre não-adesão, detectabilidade viral e progressão para aids foram confirmadas por estudos posteriores (Hogg et al., 2000; Bangsberg et al., 2001; Mannheimer et al., 2002). Usar menos de 95% do esquema antirretroviral parece ser insuficiente para inibir a replicação viral, o que propicia aumento da viremia, deterioramento do sistema imunológico e emergência de cepas virais resistentes ou não. Alguns medicamentos podem conferir resistências cruzadas, isto é, a resistência ao medicamento em uso também implica resistência a medicamentos que não foram utilizados. Isto põe em risco as futuras opções terapêuticas. Além de potencialmente interferir na efetividade da resposta, o emprego de drogas de segunda ou terceira linha, usualmente aumenta a complexidade do esquema terapêutico e severidade dos efeitos adversos.

Trabalhos mais recentes em que foram empregados os esquemas disponíveis atualmente, mais potentes e com maior biodisponibilidade, indicam que a relação entre a alta adesão e resistência viral pode ser menos precisa que se acredita atualmente. Para alguns esquemas o uso perfeito dos medicamentos pode não ser obrigatório e níveis mais modestos de adesão, em torno de 70%, podem ser aceitáveis (Bangsberg et al., 2004; Bangsberg et al., 2006; Smith et al., 2006; Bangsberg et al., 2008). Apesar disto, os autores ainda não recomendam que se almeje níveis mais baixos de adesão.

A adesão ao tratamento da aids foi descrita por Mannheimer et al. (2002) em estudo que envolveu 1100 pessoas, avaliadas com questionário auto-aplicável, usando o ponto de corte 100%, encontrou taxa de 72% de adesão.

Em 1999 foi realizada avaliação da adesão de 120 pacientes sob TARV em um serviço de referência de Minas Gerais (Lignani Jr et al., 2001). A

aferição foi feita por meio de auto-relato, complementado por um diário (em subamostra de 24 pacientes) e consulta à farmácia. Foi considerado aderente quem usou mais de 90% da medicação nos três dias anteriores à entrevista, bem como aos dados da farmácia. As informações coletadas no diário não foram utilizadas para compor a medida final da adesão. A prevalência da adesão foi 74% com auto-relato, 76,5 % pelas fichas da farmácia e 70,8% pelo diário. As principais causas para o uso inadequado das medicações foram atribuídas a ocorrência de efeitos colaterais (20,5%), dificuldades posológicas (19,9%) e esquecimento (17,3%). Foram indicados como importantes preditores de não-adesão: a idade (menor que 40 anos), o nível de escolaridade (menos de quatro anos) e o tempo de uso dos ARV (menos de oito meses).

Em 1998 foi conduzido um estudo para avaliar a adesão no Estado, que utilizou como forma de aferição o auto-relato com base no recordatório dos três dias que antecederam a entrevista e adotou como medida da adesão o uso de pelo menos 80% do total de comprimidos prescritos. A prevalência de adesão foi de 69% (Nemes, 2000). Prevalências similares de estudos que utilizaram os mesmos critérios da pesquisa brasileira foram encontradas em Baltimore com 202 pacientes, Londres com 114 pacientes e San Francisco com 388 (taxas de 60%, 75% e 78%, respectivamente). As quatro variáveis que mais contribuíram para explicar a não-adesão foram, em ordem de importância: falta à consulta médica ($p < 0,001$), a unidade de saúde ($p = 0,009$), renda pessoal ($p = 0,013$) e escolaridade ($p < 0,016$). Estes resultados demonstraram a importância do papel dos serviços de saúde na superação das dificuldades encontradas pelos pacientes no uso da TARV.

O mais recente estudo, com representatividade nacional, para avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil foi realizado no ano de 2002, em pessoas acompanhadas em serviços de sete estados brasileiros. Os dados indicaram que 75% dos entrevistados relataram ter tomado pelo menos 95% das doses (Nemes et al., 2004). Esses resultados foram semelhantes aos obtidos em estudos de mesma metodologia conduzidos em países desenvolvidos.

Por se tratar de doença infecto-contagiosa a não-adesão ao tratamento, além de implicar a saúde individual, está associada à potencial transmissão da infecção em nível coletivo. Para corroborar este temor, alguns estudos demonstraram que pessoas com baixa adesão à TARV também apresentam menor adesão às medidas de prevenção da transmissão sexual, fato que pode se associar à transmissão de vírus resistentes.

1.2 Explicando a (não) adesão

1.2.1 Teorias e determinantes

Após mais de três décadas que a adesão se constituiu em importante demanda de estudo, as contribuições científicas ainda não garantem uma boa compreensão do processo. As pesquisas são complexas, fragmentadas e apesar das muitas teorias sobre o porquê pacientes seguem seus tratamentos de modo irregular, ainda existem lacunas neste conhecimento (Vermeire et al., 2001; Barber, 2002; Bernardini, 2004). As explicações sugeridas não são suficientes para contemplar toda a diversidade observada na não-adesão, não existindo até agora um modelo ou teoria que integre os diferentes estudos e permita construir um grande quadro explicativo (Vermeire et al., 2001). O entendimento do fenômeno permanece como tema de fundamental importância para a melhoria das políticas e práticas de saúde.

Estudos desenvolvidos em pessoas com diabetes, doença cardíaca, epilepsia, tuberculose, hipertensão arterial, aids, entre outras patologias, há muito se ocupam em identificar preditores da não-adesão. Apesar de mais de 200 variáveis terem sido observadas até hoje, nenhuma pôde ser consistentemente relacionada ou completamente preditora (Vermeire et al., 2001; Barber, 2002; Fogarty et al., 2002). Influenciam o tratamento de modo distinto dependendo de determinadas particularidades, como por exemplo, faixa etária (crianças, adultos ou idosos), natureza da patologia (aguda ou crônica) e tipo de doença (hipertensão, tuberculose, aids, osteoporose, artrite reumatóide, etc.) (Vermeire et al., 2001). Adicionalmente, as discrepâncias nas

metodologias das pesquisas também são responsáveis pela divergência dos resultados (variáveis semelhantes com diferentes correlações com a adesão).

Em seu artigo de revisão Osterberg et al. (2005) ponderam que as dificuldades mais comuns estão sob o controle dos pacientes, sendo as mais freqüentes esquecimento (30%), outras prioridades (16%), decisão de pular doses (11%), desinformação (9%) e fatores emocionais (7%). Ainda segundo os autores, os médicos contribuem para a não-adesão quando prescrevem regimes medicamentosos complexos, explicam pobremente os benefícios e efeitos colaterais, não consideram o estilo de vida dos pacientes ou o custo das medicações. A parcela de responsabilidade do sistema de saúde recai principalmente no acesso limitado aos cuidados.

Em artigo do ano de 2001 que revisou os últimos 30 anos de pesquisas na área, os autores afirmam que as variáveis demográficas (idade, sexo, estado marital, classe social, etc.) e tipo de doenças são fracos indicadores da adesão, apesar terem sido encontradas algumas associações (Vermeire et al., 2001). Por outro lado, desordens psiquiátricas, baixo nível educacional, número de medicações prescritas, custo, frequência das doses e efeitos adversos, possuem relação estreita e inversa: quanto mais significativos, menor a adesão. A relação médico-paciente parece exercer relevante influência na adesão, incluindo o processo de prescrição e falhas de comunicação (Vermeire et al., 2001; Barber, 2002). Outros fatores abrangem ausência de sintomas, tempo entre tomar o remédio e sentir o efeito, medo de efeitos adversos e preocupações não resolvidas dos pacientes, inclusive o diagnóstico. Acredita-se que as crenças do paciente no tratamento e na medicina em geral exercem importante influência no comportamento de uso dos remédios. Seus

conhecimentos, idéias e experiências, bem como aqueles de membros da família e amigos, mostram correlação com a adesão. A administração de medicação parenteral e o grau de incapacidade relacionam-se com maior adesão, talvez pela maior supervisão.

Para Martin et al. (2005) quando medicações profiláticas ou terapêuticas têm regime complexo e/ou necessitam de mudanças no estilo de vida a não adesão pode atingir 70%. Além disto, o número de comprimidos e de medicações ao dia influencia significativamente a adesão. Relatam que a adesão ao tratamento da hipertensão arterial com esquema terapêutico três vezes ao dia foi 59% e com dose única diária, 84%.

Como contraponto, muitos autores argumentam que os estudos ainda não conseguem explicar mais que uma modesta parte da variedade observada no processo de adesão (Vermeire et al., 2001; Ruddy et al., 2009). De modo geral, os trabalhos afirmam que não existe um perfil ou características que identifiquem o paciente não aderente de modo consistente. Para Chesney, (1997) são exceções as situações de depressão ou estresse psicológico. Corroborando este artigo, a metanálise realizada no ano 2000 por DiMatteo et al. (2000) conclui que pacientes deprimidos tem odds três vezes maior para não-adesão que os não deprimidos.

Embora as variáveis descritas sejam similares, são retratadas na literatura de modo diverso e conforme as perspectivas e referenciais teóricos dos autores, gerando diferentes formas de classificação (Vermeire et al., 2001; Barber, 2002).

Davis (1968) as distribuiu em quatro grupos: características pessoais, influências pessoais (exercida por familiares e amigos), natureza do regime e

da relação médico-paciente. Durante os últimos 40 anos, muitas outras surgiram com diferentes arranjos (Griffith, 1990; WHO, 2003; Martin et al., 2005). Mais recentemente Ruddy et al. (2009) classificaram as variáveis em apenas três grupos: características dos pacientes, da doença e tratamento e do sistema de saúde.

Independente da maneira como são agrupadas percebemos em alguns artigos o esforço para traduzir a adesão ao tratamento como um processo comportamental complexo e dinâmico resultante da interação de variáveis biológicas, psicológicas, socioeconômicas, culturais e programáticas. Esta pode ser uma tentativa de superar o entendimento fragmentado das alegadas causas, fatores ou razões para não-adesão e perceber o processo composto em dimensões. Para apresentar um panorama geral recorreremos ao artifício didático de categorizar as variáveis de acordo com as dimensões que identificamos, ressaltando que na prática elas se entrelaçam e não devem ser consideradas isoladamente. Optamos por adaptar o arcabouço da classificação utilizada por Ruddy et al. (2009) desdobrando-a em quatro grandes grupos. Incluímos nesta estrutura contribuições de outros autores e mantivemos o foco principal nas doenças crônicas, desconsiderando particularidades sobre as doenças e compatibilizando as questões das faixas etárias.

- **Dimensão relacionada ao paciente:** crença no tratamento, na sua capacidade de enfrentamento (auto-eficácia), expectativas, crenças e atitudes frente a doença e conhecimento sobre a doença. Reconhecer a necessidade do tratamento e seus benefícios, bem como a suscetibilidade para adoecer auxiliam positivamente a tomada das medicações (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001; Ickovics et al., 2002; Horne, 2006). Percepção

de benefícios melhora a possibilidade do uso adequado do medicamento. Habilidade para estabelecer rotina de uso das medicações e identificar corretamente as medicações predizem melhor adesão (Vermeire et al., 2001). As características sócio-demográficas têm sido exaustivamente estudadas e são conflitantes. Alguns estudos demonstraram pior associação da adesão com o sexo feminino, idade (crianças, adolescentes e idosos), etnia (não caucasianos) e principalmente com o nível sócio-econômico (baixo nível de instrução, baixa renda e desemprego) (Griffith, 1990; USA, 1990; Ickovics et al., 2002; Meade, 2002; WHO, 2003; DiMatteo, 2004b). Os aspectos psicossociais são importantes modificadores do comportamento da adesão, em especial, a depressão, outras comorbidades psiquiátricas, uso abusivo de álcool e outras drogas. Também afetam a adesão sentimentos e emoções como culpa, medo de tomar as medicações, dos efeitos colaterais e de se tornar dependente. Estimulam o uso adequado: sentir-se motivado e incentivado para tratar-se (Griffith, 1990; USA, 1990; Ickovics et al., 2002; WHO, 2003; Ruddy et al., 2009). Rede social: falta apoio da família, amigos e comunidade, leva mais freqüentemente a falhas no uso das medicações, bem como ser estigmatizado e discriminado. (Griffith, 1990; WHO, 2003; DiMatteo, 2004a; Ruddy et al., 2009). Limitações cognitivas, visuais, de memória, locomoção dificultam a autonomia e podem interferir no manejo dos medicamentos.

- **Dimensão da doença:** Morbidades psiquiátricas têm maior associação com não-adesão. Patologias crônicas oligo ou assintomáticas demonstram pior adesão ao tratamento (Ickovics et al., 2002; WHO, 2003).

- **Dimensão do tratamento:** complexidade do esquema terapêutico (número de doses ao dia, número de comprimidos por dose, exigências alimentares, dosagens no meio da noite, exigências cognitivas para compreensão do manejo e via de administração), ocorrência de efeitos colaterais, duração longa do tratamento, uso de múltiplas medicações, quimioprofilaxias, falência a tratamentos anteriores, freqüentes mudanças na terapia. Adicionalmente, a adesão a um específico regime parece afetar adesão a outros, no caso da pessoa apresentar mais de uma morbidade (WHO, 2003; Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001; Ickovics et al., 2002; Horne, 2006).
- **Dimensão do serviço de saúde:** Poucas pesquisas têm sido conduzidas nesta área (WHO, 2003). Aspectos estruturais como pouca disponibilidade das medicações, difícil acesso à unidade, facilitação a outras instituições, consultas de curta duração, inexistência de intervenções efetivas de adesão faltas nas consultas (Nemes, 2000; WHO, 2003; McDonald et al., 2002), questões de ambiência e conveniência no agendamento de consultas estão associados a piores taxas de adesão (USA, 1990). A falta de capacitação dos profissionais de saúde, de conhecimento sobre adesão, ausência de incentivos aos pacientes e inabilidade comunicacional, igualmente dificultam o processo de adesão (Barber et al., 2003; Martin et al 2005). Por sua vez, o bom relacionamento entre paciente e profissional pode influenciar positivamente a adesão (incluem satisfação e confiança no profissional, a opinião sobre sua competência, tom cooperativo, etc.) (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001; Ickovics et al., 2002; Barber et al., 2003; Beach et al 2006).

1.2.2 O papel do serviço de saúde

“Adherence is an important modifier of health system effectiveness”

Adherence Report WHO - 2003

A despeito da advertência de Hipócrates, a adesão só passou a ser considerada uma questão importante a partir do início do século XX (DiMatteo e Di Nicola, 1982.). A diversidade de artigos publicados nos últimos anos sobre o tema exemplifica esta preocupação. No entanto sua relevância ainda se mantém subestimada pelos gestores da saúde. (WHO, 2003) Talvez na mesma medida, que o papel dos gerentes e gestores ainda se mantém subestimado por pesquisadores: a maioria das intervenções descritas são dirigidas ao paciente e tratamento (Tuldra e Wu, 2002; Simoni et al., 2003; Amico et al., 2006). Os aspectos de acessibilidade, relação médico-paciente, tempo de duração da consulta, linguagem utilizada, entre outros, têm estimulado a investigação da adesão sob a óptica de sua relação com o serviço.

No Brasil, o estudo de Nemes (2000) desenvolvido em 27 ambulatórios de aids do estado de São Paulo foi pioneiro em analisar os aspectos organizacionais do serviço e demonstrar que a adesão está mais fortemente associada à qualidade dos serviços de aids que às características individuais dos pacientes ou do tratamento. Para os autores, diferentes níveis de qualidade dos serviços resultam em diferentes riscos de não-adesão. Em trabalho posterior os autores encontraram que serviços de menor complexidade e de piores indicadores de qualidade apresentavam risco 4 vezes maior de não-adesão. Neste estudo **a qualidade foi mais importante** que a complexidade para

determinar a associação entre os serviços e a adesão (Nemes et al., 2009). Ressalta-se que o número de pacientes sob TARV (um dos atributos da complexidade do serviço) foi fortemente correlacionado com a qualidade, de modo que os serviços com menor número de pacientes em acompanhamento apresentaram tendência a piores indicadores de qualidade e de adesão. Serviços que acompanhavam menos de 100 pacientes sob TARV apresentaram risco estimado de não-adesão 1,73 vezes maior que os serviços com mais de 500 pacientes (Nemes et al., 2004; Nemes et al., 2009)

Em outro estudo brasileiro Gupta et al. (2005) encontraram maiores taxas de adesão nos pacientes que estavam ou estiveram vinculados ao programa de assistência domiciliar terapêutica (ADT) quando comparados com os que se mantiveram puramente sob acompanhamento ambulatorial. Para eles a qualidade e principalmente as características do serviço foram mais determinantes da adesão que características individuais ou do tratamento.

Acurcio et al. (1998) investigaram a associação entre a acessibilidade dos serviços de aids de Belo Horizonte e a sobrevida dos pacientes e mostraram associação entre pacientes com piores resultados na saúde e maior utilização dos serviços, em especial dos mais complexos. Para os autores o acesso é a questão central e recomendam que os serviços sejam mais “permeáveis” aos pacientes mais severamente doentes.

Por estreitarem a relação com o serviço, estas pesquisas trouxeram para o campo da adesão, e mais particularmente para o cenário nacional, outras possibilidades de intervenção. Orientaram a perspectiva da adesão para uma visão mais gerencial do processo, implicando mais objetivamente os gerentes dos vários níveis do programa de aids na implementação de mudanças.

Dada a complexidade envolvida no processo de tomar remédios e às evidências que sugerem que as melhores respostas decorrem de intervenções múltiplas e que a organização dos serviços de saúde exerce influência direta na adesão, entendemos que a adesão é o resultado da articulação das várias tecnologias operadas pelos serviços de saúde. Este é um ponto que consideramos crucial, pois esta articulação não pode se dar ao acaso, precisa ser organizada. Para incrementar a adesão acreditamos que “é necessário investir maiores esforços nos aspectos gerenciais e que estes não devem ser relegados a segundo plano ao se elaborar estratégias voltadas à melhoria da adesão” (Caraciolo e Shimma, 2007).

Chamamos de aspectos gerenciais relacionados à adesão o conjunto de possibilidades de intervenções inerentes a organização do processo de trabalho. Consideramos as intervenções direcionadas ao paciente, doença, tratamento e serviço e responsabilizamos o gerente pela necessidade de articulá-las e pela estruturação de atividades a elas direcionadas. Para nós a adesão é, sobretudo, uma questão gerencial. Evidentemente o engajamento da equipe é fundamental para o estabelecimento da adesão. Entretanto, não parece suficiente ter bons médicos e boas intenções.

Reconhecer que a adesão é resultado da assistência prestada ao paciente e que está vinculada a organização do serviço, não é negar o lugar de destaque da prestação de cuidado neste processo. Os estudos que confirmam a relação positiva entre adesão e boa qualidade do cuidado destacam a importância da relação com os profissionais de saúde.

1.3 Intervenções e atividades para melhoria da adesão

“A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil. É preciso fazermos, não somente o que é conveniente, mas, fazermos também com que o doente, os assistentes e as coisas exteriores concorram para isto”

Hipócrates 460-377 a - Aforismos

1.3.1 Intervenções na literatura

Enquanto simples intervenções parecem melhorar a adesão a tratamentos de curto prazo, o uso crônico de medicação frequentemente requer o emprego de estratégias múltiplas e complexas (McDonald et al., 2002; Tuldrà e WU, 2002; Kripalani et al., 2007). Individuais ou coletivas, dirigidas a populações específicas ou não, abrangendo famílias, executadas no serviço ou domicílio, sessão única ou múltipla, entre outros aspectos, exemplificam a variabilidade dos modelos. Tamanha diversidade praticamente impossibilita a tarefa de descrevê-las. Para facilitar recorreremos a artigos de revisão, entendendo que deste modo obteríamos pelo menos as principais intervenções correntes.

Em livre revisão da literatura, consultamos a base de dados PUBMED utilizando os unitermos “intervention and adherence and treatment”, com a pesquisa delimitada a artigos de revisão e meta-análise em adultos no campo da aids. Encontramos doze artigos, mas cinco foram eliminados, pois tinham outros propósitos (abordavam adesão a protocolos de suspensão das medicações e a medidas de prevenção à aids). Ao final selecionamos sete

artigos (Fogarty et al., 2002; Simoni et al., 2003; Devieux et al., 2004; Mitty et al., 2005; Holstad et al., 2006; Wise e Operario, 2008; Reisner et al., 2009) e acrescentamos outros identificados à partir destes. Sabemos que não abrangemos todas as intervenções, mas como se repetem bastante nos trabalhos, acreditamos ter captado as mais freqüentes.

1.3.1.1 Principais tipos de intevenções

- Intervenções psico-cognitivas, psico-sociais e cognitivo-comportamental: compostas por um conjunto heterogêneo de intervenções, este foi um dos grupos que encontramos exemplos com maior frequência. Podem ser desenvolvidas por diferentes profissionais: enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais. São complexas, combinam múltiplos componentes e estratégias como comportamentais, educativas, suporte social, cognitivo-comportamental e psicológicas, fundamentados também nos princípios da psicologia motivacional e terapia centrada no cliente (Tuldrà et al., 2000; Tuldrà e Wu, 2002; Pradier et al., 2003; Simoni et al., 2003). Apresentam grande diversidade de formato, podendo ser individuais ou em grupo, focadas em problemas concretos, sessões únicas ou múltiplas, se apoiarem em recursos como, áudio-visual, folhetos, planilhas, telefonemas, correio eletrônico (e-mail) ou visitas domiciliares (Simoni et al., 2003; van Dulmen et al., 2007; Kripalani et al., 2007). Buscam estimular maior participação do paciente (no sentido de questionar, expressar desejos, discordar de orientações, emitir opiniões, etc.), reduzir o estresse psicológico (Devieux et al., 2004), desenvolver habilidades práticas em relação às tomadas das medicações, ressignificar crenças e atitudes sobre o tratamento, melhorar convivência com a

aids e com o tratamento (Simoni et al., 2003; Wagner et al., 2006; van Dulmen et al., 2007). As de cunho mais educativo atuam por meio de troca de informações e visam mais especificamente o desenvolvimento de habilidades que facilitem o manejo de tratamento (Smith et al., 2003).

- Aconselhamento: principal componente deste grupo, o aconselhamento também aparece como técnica isolada. É encontrado sob diferentes denominações, mas todas têm o aconselhamento como principal ferramenta. Por exemplo, *Life-Steps and medication monitoring* (Safren et al., 2001), programa de auto manejo de medicação (Smith et al., 2003), programa cognitivo-comportamental de manejo do estresse (Devieux et al., 2004), *Client Adherence Profiling-Intervention Tailoring* (Holzemer et al 2000) e entrevista Motivacional (Safren et al., 2001; Pradier et al 2003; Diiorio et al 2003; Adamian et al., 2004; Golin et al., 2006; Holstad et al., 2006). Realizados nos domicílios (Wagner et al., 2006) ou mais comumente nos serviços de saúde, possuem formato estruturado, número de sessões previamente definidas e conduzidas por diferentes profissionais (enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e médicos) (Simoni et al., 2003). Embora costumem ser múltiplas, encontramos o aconselhamento em única sessão.

- Estratégias farmacológicas: são frequentes na literatura e geralmente compõem outra intervenção. Prescrever ou adaptar o esquema terapêutico à rotina diária (Simoni et al., 2003; Rueda et al., 2006; Kripalani et al., 2007), simplificar o esquema medicamentoso (reduzir o número de doses e o número drogas ingeridas por dia e substituir as que possuem exigência alimentar) (van Dulmen et al., 2007; Reisner et al., 2009), são estratégias que integram este grupo.

- Tratamento diretamente observado^{*}: proposto em 1993 pela OMS para o combate da tuberculose pulmonar esta estratégia tem sido utilizada para facilitar a adesão (Fogarty et al., 2002; Simoni et al., 2003), em especial em grupos específicos como presidiários e usuários de drogas (McCance-Katz et al., 2002; Mitty et al., 2005). Envolve a presença de um profissional para observar a ingestão das medicações pelo paciente. Geralmente modifica-se a proposta original e observam-se apenas determinadas tomadas (matinais, finais de semana, etc.) e as demais são auto-administradas, podendo ser reforçadas por telefonemas (McCance-Katz et al., 2002; Stenzel et al., 2006).

- Recursos mnemônicos: *Estratégias para lembrar o uso das medicações*: com este propósito encontramos o uso de mensagens de celulares, despertadores e *paggers*, auxílio de amigos e familiares, emprego de portas-comprimido para organizar as doses do dia ou da semana; mudanças nas embalagens e inclusive atrelar os horários das dosagens a atividades rotineiras (Simoni et al., 2003; Kripalani et al., 2007; Wise e Operario, 2008; Reisner et al., 2009). *Estratégias para lembrar os dias das consultas*: cartas, telefonemas, calendários, correio eletrônico (email), uso de incentivos ou recompensas (dinheiro, presentes ou vales) (Simoni et al., 2003; van Dulmen et al., 2007; Wise e Operario, 2008).

- Informativas: diferenciam-se das educativas por serem mais pontuais e serem impessoais, quer dizer, quase não há troca com os profissionais. Integram este grupo as palestras, cartazes e panfletos (Tuldrà e Wu, 2002; Simoni et al., 2003; Smith et al., 2003; Dulmen et al., 2007; Kripalani et al.,

^{*} Em inglês Directly Observed Treatment-DOT

2007). Podem ser apoiadas por recursos áudios-visuais. O uso de panfletos está comumente atrelado a outra intervenção, geralmente o aconselhamento.

- Apoio social: estas intervenções buscam possibilidades de suporte mais prático envolvendo familiares (Lyon et al., 2003), parceiros (Remien et al., 2005), amigos e também de organizações sociais para suporte econômico.

- Gerenciamento de caso: propõe a vinculação do paciente a um profissional (enfermeiro) que “cuidará” dele de modo mais pessoal. Utiliza várias técnicas, modelos psicossociais, entrevista motivacional, reforço, aconselhamento, *feedback*, dispositivos eletrônicos, telefonemas, etc. Além de atuar diretamente com o paciente o profissional discute o caso com especialistas (médicos, nutricionistas, etc.). A intervenção é individualizada, estruturada à partir de avaliação do paciente, seus conhecimentos, motivação, sentimentos, convivência com o tratamento, apoio psico-social, etc. Pode ser realizada no serviço (Holzemer et al., 2000) ou no domicílio (DeBusk et al., 1994)

- Incentivos financeiros: a oferta de incentivos pode ser utilizada como estratégia isolada ou como integrante de outras estratégias, dirigida para população geral, mas em especial para pessoas em situação de rua. Podem ser empregados incentivos como dinheiro, presentes e vales (van Dulmen et al., 2007).

- Dirigidas a profissionais: estas estratégias geralmente têm formato de treinamentos e visam melhorar habilidade comunicacional, capacidade de investigar e identificar a não-adesão, melhorar a competência para prescrever, estruturar um sistema de “mentor” no qual o médico mais experiente monitora, discute e compartilha as decisões com os menos experientes,

instrumentalizando com dicas e orientações a serem fornecidas aos pacientes, etc. (Barber et al., 2003; Simoni et al., 2003).

- Organizacionais: são aquelas que visam alterar determinadas características da unidade de saúde para melhorar a comunicação e a interação com o paciente e familiares. Por exemplo, fornecer um número de telefone para caso de dúvidas, telefonar para os pacientes para lembrá-los das consultas, estimular a adesão e outros fins (Simoni et al., 2003; Wu e Roberts, 2008). Também se inclui aqui o programa de cuidados no trabalho: estruturação de assistência no local de trabalho, conduzida por enfermeiro, para controlar a hipertensão (van Dulmen et al., 2007).

1.3.1.2 Principais teorias subjacentes às intervenções

Inúmeros estudos sobre intervenções em adesão têm sido conduzidos nas últimas décadas. População alvo, recursos empregados, local de condução da pesquisa, tempo de duração, tipo de tratamento envolvido, etc., interferem bastante em seus desenhos e resultados, dificultando comparações. Reconhecendo que esta abundância de publicações dificulta a compreensão dos pontos fortes e fracos das intervenções, alguns estudos se ocupam em sumariá-las categorizando-as quanto as origens teóricas e, quando possível, comparando desempenhos e efetividade.

Gostaríamos de esclarecer neste ponto que estamos tratando neste estudo os termos “intervenção” e “atividade” de adesão de modos diferentes. Para nós “intervenção” traduz um projeto de pesquisa, um protocolo no qual estão previamente definidos, de modo organizado, os procedimentos a serem

realizados, com seu conjunto de técnicas e processos. “Atividade” se refere ao trabalho operado nos serviços, às ações realizadas de modo livre, não protocolada e sem “roteiro”, que podem inclusive abranger uma, mais de uma ou nenhuma intervenção.

Munro et al. (2007) conduziram revisão que avaliou teorias do comportamento em saúde aplicáveis a adesão ao tratamento de doenças crônicas, investigando provas de suas capacidades em prever mudanças comportamentais com objetivo de avaliar suas utilidades na formulação de intervenções para estímulo da adesão ao tratamento da aids e da tuberculose. Foram incluídas 24 metanálises e revisões sistemáticas e os autores procuraram classificar as intervenções segundo seus referenciais teóricos. Uma grande dificuldade referida foi que nem todos os artigos descreviam os processos envolvidos nas intervenções, de modo que nem sempre foi possível identificar as bases teóricas que guiaram seus desenhos. Entre aqueles em que foi possível identificar, os autores distribuíram as teorias de acordo com a classificação proposta por Leventhal e Cameron* em 1987. Esta classificação propõe cinco grandes perspectivas teóricas e cada uma pode abranger diversas teorias (no total foram examinadas 11 teorias). As perspectivas são: biomédicas, comportamental, comunicacional, cognitiva e auto-regulatória. Posteriormente foi agregada a perspectiva de estágios.

- a) **Perspectiva biomédica:** sustenta que a doença sempre tem causas biológicas ignorando as variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais. Incorpora teorias que assumem o paciente como receptor passivo das

* Leventhal H, Cameron L: **Behavioural theories and the problem of compliance**. *Patient Educ Couns* 1987, **10**:117-138. Citado por Munro, S. et al. J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 2007, **7**:104.

instruções médicas. A não-adesão é entendida como decorrente de características do paciente como gênero, idade, dificuldade de compreensão, etc. Seu grande limite é ignorar outras variáveis que podem influenciar o comportamento de saúde como, por exemplo, as psicossociais. Embora seu emprego esteja implícito no trabalho de muitos profissionais, esta perspectiva usualmente não está explicitada nas intervenções, de modo que o autor não encontrou exemplos entre os trabalhos examinados. Também não foi encontrada nenhuma metanálise que tenha se dedicado especificamente a esta perspectiva.

- b) **Perspectiva comportamental:** abrange a teoria comportamental de aprendizagem que tem por base a crença que mudanças no comportamento podem ser aprendidas e reforçadas por meio da influência de estímulos internos, ambientais e das conseqüências (recompensas ou punições). É utilizada para soluções de problemas práticos, freqüentemente em combinações com outras abordagens. Sofre influência de três grandes categorias ou enquadramentos filosóficos: behaviorismo, cognitivismo e construtivismo. Nenhuma metanálise foi encontrada.
- c) **Perspectiva comunicacional:** acredita que aprimorar a comunicação paciente-profissional melhorará a adesão. Está implícito que deve haver educação do paciente por meio de comunicação competente do profissional com linguagem clara, adequada e efetiva. O foco é intervir na interação paciente-profissional melhorando a comunicação entre ambos: de um lado buscam educar o paciente e de outro melhorar a habilidade comunicacional do profissional.

- d) **Perspectiva cognitiva:** incluem teorias como modelo de crenças em saúde, teoria social cognitiva, teoria da ação racional e as teorias do comportamento planejado, da proteção motivacional e do comportamento motivado por informação e habilidades. O foco destas teorias é o próprio sujeito como agente transformador de sua vida, capaz de fazer escolhas que o levará a resultados mais positivos. Pressupõem que as atitudes e crenças são os principais determinantes do comportamento em relação à saúde; a interação da pessoa (cada uma com suas experiências comportamentais, contextuais subjetivas e intersubjetivas, etc.) com o meio determinam a construção do conhecimento. Para tanto, analisam como processam a informação, compreendem e a significam.
- e) **Perspectiva auto-regulatória:** derivada da teoria da aprendizagem e também é centrada na pessoa. As teorias sob esta perspectiva se ocupam em examinar as experiências subjetivas do sujeito às ameaças ao seu bem-estar para entender como se adaptam a elas. A teoria auto-regulatória (principal deste grupo) acredita que as estratégias utilizadas por uma pessoa para enfrentar problemas de saúde são guiadas por representações cognitivas. Nesta perspectiva estão também implícitas outras teorias, como a social ou sócio-cognitiva, construtivista e sócio-cultural.
- f) **Perspectiva de “estágios”:** O principal representante é o **modelo transteórico**, que possibilita a percepção de vantagens e desvantagens de comportamentos, facilitando modificações por meio de um processo que analisa a prontidão para mudanças com base numa seqüência de cinco estágios: pré-contemplação (a pessoa ainda considera a possibilidade ou necessidade de mudança); contemplação (quando já se percebe o

problema e há intenção de mudar); preparação (quando pretende agir rapidamente); ação (as mudanças foram recém incorporadas); e manutenção (cujo objetivo é sustentar a mudança comportamental e resistir ao retorno de fases anteriores).

Para os autores, as teorias mais comumente usadas parecem ser as de perspectivas cognitivas (especialmente a social cognitiva, o modelo de crenças em saúde e a teoria do comportamento motivado por informação e habilidades) e o modelo transteórico.

Todas as perspectivas apresentadas são passíveis de críticas, algumas por considerarem exclusivamente determinadas dimensões dos pacientes, outras por subestimarem a influência do consciente, fatores interpessoais, motivacionais, crenças ou relações sociais na construção de respostas às ameaças a saúde.

Apesar de algumas serem circunstancialmente mais aplicáveis que outras para melhorar a adesão a específicos comportamentos de saúde, a comparação de seus efeitos permanece difícil. No geral o impacto sobre os cuidados clínicos de rotina ainda parece pequeno. Pouca evidência empírica foi encontrada sobre a eficácia destas teorias na promoção da adesão. Munro et al. (2007) e van Dulmen et al. (2007) ressaltam que a variabilidade metodológica, a imprecisão nas descrições da teoria adotada e da articulação entre o emprego de uma dada teoria com a extensão das mudanças provocadas no comportamento, parecem contribuir para que se encontre pouca evidência de efetividade sobre sua utilização na elaboração de intervenções que melhoram a adesão.

Os modelos teóricos perdem poder explicativo na prática, pois esclarecem apenas uma pequena porção da variabilidade observada, mesmo quando a intervenção se mostra efetiva (Barber 2002; Amico et al., 2006; van Dulmen et al., 2007). Além disto, são aplicados de forma indistinta, ignorando se a não-adesão é intencional ou não intencional (Barber, 2002)

Portanto, embora as abordagens teóricas sejam importantes para aumentar a compreensão sobre a adesão, como e porque os indivíduos adotam um determinado comportamento, a capacidade para subsidiarem a estruturação de intervenções efetivas ainda não foi completamente avaliada. Por outro lado, como salientam Munro et al. (2007), uma base teórica explícita nem sempre é necessário para uma intervenção bem sucedida.

1.3.2 Atividades no Brasil e em São Paulo

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar a política de distribuição da medicação antirretroviral em grande escala. A disponibilização de antirretrovirais para as pessoas que vivem com HIV no país teve início em 1991, mas o acesso universal ao tratamento só foi garantido por lei federal em novembro de 1996. Estima-se que atualmente 190.506 pessoas estejam em uso de TARV em todo território nacional. A maioria está na região sudeste (61%), especialmente nos estados de São Paulo (61,4%) e Rio de Janeiro (25%). A região sul detém 19% das pessoas sob TARV, a nordeste 11,8%, centro-oeste 3,7% e a norte 4,1%. (BRASIL, s/d - monitoraids).

A relevância da adesão ao tratamento antirretroviral tem sido reconhecida pelo Governo Federal desde o final dos anos 90 e tem mobilizado

o Programa Nacional de DST/Aids a apoiar os serviços de saúde em HIV/aids na estruturação de atividades de adesão e fomentar a condução de pesquisas na área, principalmente após 2004.

Já no ano de 1998 estabeleceu parceria com a Faculdade de Medicina da USP e com o PE DST/AIDS para viabilizar o primeiro estudo de avaliação da adesão no Estado de São Paulo, que evidenciou uma prevalência de 69%, semelhante à de países desenvolvidos, conforme relatado anteriormente. Os resultados sugeriram que as características dos serviços de saúde foram mais importantes para prever a adesão que as dos pacientes ou tratamento e pautaram a adesão como questão prioritária para o Programa.

Entre 1999 e 2000 o Programa realizou em todo o território nacional 26 oficinas para implantação de estratégias de grupos de adesão, nas quais foram capacitados 917 facilitadores de atividades de grupo. (BRASIL, s/d Monitoraids)

A inserção das atividades de adesão como recomendações, se consubstancializa no Plano Estratégico de 2005 que estabeleceu como meta a implantação de ações estruturadas de adesão em 50% dos serviços do país (BRASIL, 2005); e no Plano de Ações e Metas do ano de 2008 onde constam recomendações para a implementação de ações de adesão nos serviços e nas Unidades Dispensadores de Medicamentos, além de capacitações e promoção do acesso à informação e ações de adesão aos grupos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Empenhado no esforço de estimular e disseminar atividades de adesão, em 2007 o PN DST/AIDS realizou o Seminário Nacional de Adesão, evento no qual lançou o documento “Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids” (BRASIL, 2007) e

simultaneamente o Prêmio Nacional de Adesão. Nesta publicação o PN DST/AIDS estabelece diretrizes nacionais para fortalecimento das ações de adesão ao tratamento antirretroviral: universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; integralidade do cuidado; equidade e superação de vulnerabilidades específicas; valorização da autonomia e da garantia de participação das PVHIV na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento; trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde; e articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais. Além disto, recomenda algumas estratégias para melhora da adesão ao tratamento: informação em saúde; grupos de adesão; atendimento individual com foco em adesão; interconsulta e consulta conjunta; atividades de sala de espera; rodas de conversa; tratamento diretamente observado; práticas complementares como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, etc. e ações em parceria com a sociedade civil.

Paralelamente o PN DST/Aids tem estimulado pesquisadores a realizar estudos de adesão, como por exemplo, 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 que possibilitem o aprimoramento da qualidade da assistência, em especial, a assistência aos pacientes para melhoria da adesão ao tratamento.

Às iniciativas governamentais juntam-se os esforços dos pesquisadores em buscar melhor compreensão do processo e estimular a adesão ao

tratamento antirretroviral. A adesão à TARV tem sido tema recorrente em eventos científicos e encontros profissionais do campo das DST e aids no Brasil. De um modo geral, os trabalhos nacionais disponíveis abrangem reflexões teóricas sobre o tema, intervenções para incremento da adesão, estudos de prevalência, investigação de fatores associados, desenvolvimento de escalas de auto-eficácia e mais recentemente dois estudos de avaliação da efetividade de intervenções, um na Bahia e outro em São Paulo (Lignani et al, 2001; Figueiredo, Leite et al, 2002; Bonolo et al, 2007; Seidl, 2007; Nemes et al, 2009 - Differentiating; Sampaio- Sá 2009; Basso, 2010).

Em relação às estratégias coletivas, dados da literatura, relatos de profissionais e trabalhos divulgados em congressos apontam que as constituições e orientações adotadas nos “grupos de adesão”, são muito diversas. Embora alguns possam ser bem caracterizados como psicoterapêutico (Adão e Merighi, 2000) ou operativos (Santos, 2002; Silva et al, 2006) várias outras orientações aparecem nos relatos tais como grupos de convivência (Moraes et al, s/d) de apoio (Soares et al, 2006), de reforço comportamental, etc. (Rosa et al, s/d; Teixeira et al, 2000; Silveira et al, 2005)O. Por sua vez, as publicações que abordam estratégias individuais de estimulam à adesão são bem mais escassas. Encontramos duas, que embora tenham múltiplos componentes, são de cunho educativo (Sampaio- Sá 2009) e psicossocial (Basso, 2010).

As publicações e atividades da sociedade civil organizada denotam a preocupação com o tema. A adesão tem aparecido com frequência nos exemplares da revista Saber Viver (Saber Viver, s/d) que tem diferentes publicações dirigidas especificamente a pessoas vivendo com HIV e

profissionais de saúde. Também tem sido pauta de seminários e diferentes tipos de publicações da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids).

Em todas estas iniciativas, a implementação de atividades focadas na adesão é enfaticamente recomendada, merecendo especial destaque a constituição de “grupos de adesão” (BRASIL, 2006).

Não encontramos referências nacionais sobre inquéritos destinados a conhecer as atividades de adesão realizadas pelos serviços, nem como estes estão estruturados para enfrentar este tema, seja no âmbito do Estado ou município. Na literatura internacional encontramos dois estudos, um americano (Golin et al, 2004) e outro canadense (Park-Wyllie et al, 2009), que realizaram inquéritos por correio para averiguar as atividades de adesão ofertadas por profissionais de saúde. A taxa de resposta de ambos foi respectivamente 63% e 56%. O trabalho americano investigou as atividades de todos os médicos da Carolina do Norte (589) com o objetivo de avaliar sua práticas no aconselhamento em adesão. Observou que na consulta de introdução do antirretroviral os médicos gastam em média 13 minutos no aconselhamento e a maioria faz, o que os autores chamaram de “básico”. Metade referiu realizar menos de sete dos 16 componentes do aconselhamento. Mostrou associação com maior número de consultas de aconselhamento, os especialistas em doenças infecciosas, os que acompanham um maior número de pacientes, os que investem mais tempo no aconselhamento, os que percebem que tem tempo mais longo de consulta, maior habilidade e espaço apropriado para efetuar a atividade. Para os autores ficou evidente que os médicos que cuidam de PVHIV precisam de maior formação e tempo destinado à prestação de serviços de aconselhamento antirretroviral de adesão. O estudo canadense

enviou correspondência para 300 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos), com a finalidade de investigar suas perspectivas sobre a importância de diferentes atividades de apoio à adesão e comparou-as com suas próprias práticas auto-referidas. Os respondentes eram altamente especializados no atendimento a PVHIV e trabalhavam em grandes centros urbanos. A maioria achava que as atividades poderiam ser ofertadas, entretanto, não ofereciam o cuidado ao paciente na extensão que gostariam. Os autores concluem que há uma grande distância entre a prática ideal e a provisão real do suporte a adesão (de 31% a 76%).

Identificamos dados relativos às atividades de adesão inseridas em duas pesquisas de avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo. Sobre o monitoramento rotineiro da adesão dos pacientes, em inquérito de 2001 que incluiu 322 serviços de sete estados brasileiros, 18,3% % dos serviços informou que o monitoramento ocorre mediante questionamento do paciente durante os atendimentos. Em 2007, na repetição do mesmo inquérito em nível nacional, 80% dos 463 serviços reportaram pequeno acréscimo (28,9%). Quanto às atividades para pacientes com problemas de adesão, grande parte dos serviços relatou “reforço da importância da adesão nas consultas médicas” em 2001 (48%) e em 2007 (77%). Informaram conduzir “grupos de adesão” 18,3% em 2001 e 28% em 2007 (Melchior et al, 2006; Nemes e Alencar, 2008).

São Paulo é o maior centro referencial da América Latina com o maior número de casos de aids notificados. Segundo o último Boletim Epidemiológico publicado, até hoje, foram notificados no Estado 179.403 casos acumulados de

aids, sendo 71.638 (40,6%) na capital. O total de óbitos acumulados foi de 91.708, com ocorrência de 37,1% (34.023 casos) na capital.

A resposta a epidemia brasileira se iniciou em São Paulo ainda no início da década de 80. O Programa Estadual de Aids começou a se organizar em 1983, quatro anos antes do Programa Nacional. Os serviços do Estado, particularmente da capital paulista, são antigos, acompanham um grande número de pessoas, muitas das quais desde o início da epidemia. Com a ampliação da rede assistencial o Estado conta hoje com 179 unidades ambulatoriais, que acompanham 84.597 PVHIV. Deste total, 71.408 pessoas estão sob TARV, constituindo 39,5% do total do país (BRASIL, s/d monitoraids).

No Estado de São Paulo, o PE DST/AIDS também tem priorizado a adesão em todos os seu planejamentos estratégicos a partir de 1999, ano em que realizou, em parceria com o PN DST/AIDS, seis treinamentos no Estado para estruturação das ações de adesão. Nesta última década tem, também, enfaticamente recomendado aos serviços que realizam acompanhamento de pessoas que vivem com HIV, que assumam a adesão à TARV como prioridade e que desenvolvam ações para seu incremento. Além disto, o PE DST/AIDS realizou diversas oficinas e seminários, incluiu o tema de modo transversal em todos os seus treinamentos (técnicos ou gerenciais) e em 2007 publicou um livro com livre relato das experiências dos serviços no estímulo à adesão. (Caraciolo e Shimma, 2007).

A despeito do destaque que o problema da adesão vem recebendo, os Programas Nacional e Estadual de Aids não dispõem de formas de avaliação ou monitoramento das atividades de adesão implementadas nos serviços e tampouco possuem informações sobre o perfil destas atividades.

A relevância da adesão à TARV, o reconhecimento da existência de várias atividades nos serviços de saúde do SUS e a escassez de estudos sistemáticos estimularam a proposição desta pesquisa cuja finalidade é conhecer as atividades de adesão em curso no Estado de São Paulo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as atividades voltadas para a melhoria da adesão à terapia antirretroviral da aids que estão em curso nos serviços ambulatoriais de HIV/aids no âmbito do Programa Estadual de DST e Aids do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um painel das atividades empregadas para melhoria da adesão a TARV nos serviços que atendem PVHIV no estado de São Paulo.
- Identificar características dos serviços associadas ao desenvolvimento de atividades para melhoria da adesão.
- Identificar características das atividades de melhoria da adesão em curso nos serviços.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta dissertação utilizamos dados administrativos cedidos pelo CRT DST/AIDS, resultantes de inquérito sobre as atividades de adesão à terapia antirretroviral para o tratamento da aids nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, realizado no primeiro semestre de 2007. Ressaltamos que este inquérito teve por base o questionário que nós construímos e aplicamos, e que já era o início da parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP que redundaria no projeto de pesquisa. Como participamos ativamente de todas as fases, da elaboração dos instrumentos às análises, optamos por descrever aqui todas as etapas envolvidas. Temos noção que relevamos as distinções entre participações da academia e institucional, mas isto ocorreu em função de considerarmos o peso da nossa responsabilidade e autoria neste processo como um todo, como integrantes de ambas as instituições.

3.1 Tipo de estudo

A estratégia geral do desenho foi a de um estudo epidemiológico seccional (inquérito), exploratório, que toma os serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo como unidades de observação para caracterizar as atividades voltadas para a melhoria da adesão em curso no Estado.

3.2 População estudada

Todos os serviços ambulatoriais que acompanham adultos que vivem com HIV no Estado de São Paulo e que constavam no banco de dados da Gerência de Assistência Integral à Saúde do Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids, Coordenação Estadual do Programa de DST e Aids.

3.2.1 Critério de inclusão

Todos os serviços ambulatoriais que acompanhavam **adultos** (maiores de 18 anos) que vivem com HIV no Estado de São Paulo no período de março a abril de 2007.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles serviços considerados exclusivamente de pré-natal e os pediátricos. Esclarecemos que a população “gestante” não foi excluída deste trabalho, ela está presente nos serviços que acompanhavam adultos e que também possuíam mulheres grávidas soropositivas ao HIV entre a sua clientela. O mesmo ocorreu com as crianças e adolescentes que eram acompanhadas nos serviços que simultaneamente assistiam adultos.

Universo do estudo: Preencheram o critério de inclusão 179 unidades ambulatoriais.

3.3 Instrumento

Construímos um questionário simples, semi-estruturado, composto por dez questões, sendo oito fechadas e duas abertas, para tornar mais factível a possibilidade de devolução (Anexo 1). O questionário não foi pré-testado. Não foi realizado nenhum piloto prévio à sua aplicação. As respostas foram conferidas e em alguns casos contactamos os serviços para esclarecimento de dúvidas. Também atendemos algumas ligações dos serviços com questionamentos sobre o preenchimento do questionário.

3.3.1 Questões fechadas

As questões estruturadas eram de múltipla escolha, onde poderiam ser assinaladas mais de uma alternativa. As variáveis utilizadas foram:

a) Identificação da unidade

Nesta questão constavam o nome da instituição, endereço com telefone e responsável pela unidade para permitir a adequada identificação do serviço no banco de dados do CRT DST/AIDS. O responsável pelo preenchimento e sua função também foi solicitado para ajudar a contextualizar as respostas.

b) Caracterização do serviço

Os tipos dos serviços foram definidos de acordo com sua inserção institucional, categorizados como: Ambulatório de assistência a várias especialidades, Ambulatório de moléstias infecciosas, Ambulatório de assistência especializada aos portadores DST/HIV/aids, Ambulatório de Hospital de Moléstias Infecciosas, Ambulatório de Hospital Geral, Unidade Básica de Saúde e outros.

c) Número de pacientes adultos com HIV/aids em acompanhamento em dezembro/ 2006 e número de pacientes adultos sob terapia antirretroviral em dezembro/2006

Os serviços foram classificados em pequeno, médio e grande porte segundo o número de pacientes adultos sob terapia antirretroviral em dezembro de 2006. O porte dos serviços foi estimado de acordo com este critério para facilitar o fornecimento da informação, pois vários serviços não possuem organização de um sistema que permita informar o quantitativo de pessoas que vivem com HIV e que efetivamente estão em acompanhamento. Com frequência possuem o total de pessoas matriculadas na instituição e entre estas estão as que abandonaram o serviço, foram transferidas ou à óbito. Sabemos que o número de pessoas sob TARV está abaixo do total que se acompanha nos serviços, entretanto todas as unidades estão capacitadas para fornecer este dado. Portanto, para efeito desta pesquisa, assumimos e padronizamos o número de pessoas sob TARV como estimativa do porte das instituições e abandonamos o dado fornecido sobre o número de pacientes adultos em acompanhamento.

d) Formas de avaliar a adesão do paciente

Trata-se de questão de múltipla escolha, onde poderiam ser assinaladas várias alternativas.

e) Frequência com que a adesão é avaliada

Também é questão de múltipla escolha, onde poderiam ser assinaladas várias alternativas.

f) Atividades individuais e coletivas nas quais a adesão é estimulada, com respectivos tempo de duração e data da implantação no serviço.

g) Existência de atividades direcionadas para populações específicas

Além de conhecer a ocorrência deste tipo de atividade, esta questão pretendia ampliar nossa capacidade de compreensão sobre a percepção dos serviços em relação a seus usuários. Acreditamos que a existência de atividades específicas, talhadas para determinadas populações denota reconhecimento da clientela e suas necessidades, bem como esforço do serviço, ou pelo menos de seus profissionais, para responder às demandas que se apresentam.

h) Material de apoio utilizado nos atendimentos e que eram considerados relevantes para atingir a finalidade da atividade

i) Existência de parceria estabelecida com Organização Não Governamental para promover a adesão

Com esta questão pretendíamos avaliar, mesmo que de modo simplório, o grau de proximidade dos serviços com as ONG aids e conhecer a existência de trabalhos articulados. Alcançar e manter melhores resultados por longo prazo é importante que se amplie a oferta de serviços para as PVHIV por meio de parceiros e comunidades. A articulação com ONG, além de ser uma excelente forma de avaliação da qualidade do serviço, favorecendo readequações e alinhamento de prioridades, amplia as possibilidades da oferta de serviços para as PVHIV.

3.3.2 Questões abertas

Na parte final do questionário havia duas questões abertas. Numa solicitamos aos serviços que descrevessem livremente o trabalho de adesão e deixamos outra destinada a observações.

3.4 Procedimentos operacionais

3.4.1 Identificação dos serviços

O que aqui se nomeou banco de dados, trata-se de uma planilha em Excel, onde constam os seguintes dados: nome da instituição, responsável pela unidade, endereço com telefone e Núcleo de Vigilância Epidemiológica a que pertence.

Esta lista é atualizada aproximadamente a cada um a dois anos, por meio de questionário enviado eletronicamente aos serviços e gerentes e/ou por telefone. Constavam 200 serviços. Percebemos que havia várias inconsistências na planilha. Alguns serviços de uma mesma cidade tinham nomes muito semelhantes, cidades muito pequenas tinham dois ou mais serviços, serviços com nomes diferentes possuíam mesmo endereço ou o contrário (nomes iguais com endereços diferentes). Procedemos a uma árdua etapa de telefonemas para investigar as inconsistências e descobrimos alguns motivos para os equívocos: várias prefeituras alugavam o local onde funcionava a unidade e quando mudavam de endereço ele entrava na planilha da CE DST/AIDS como sendo um serviço diferente; havia casos em que os nomes das instituições eram diferentes (conforme informação dos responsáveis

pelo preenchimento do questionário/ respostas ao telefonema), mas na verdade se referiam a mesma unidade, por exemplo, Serviço Ambulatorial em HIV/Aids e Núcleo de HIV/Aids ou Unidade de HIV/Aids; constavam serviços que apenas atendiam intercorrências clínicas eventualmente e o acompanhamento regular era realizado em outra cidade; em contrapartida, outros assistiam o paciente regularmente para dúvidas, apoio psicossocial e trabalhar adesão, mesmo com seguimento ambulatorial “oficial” ocorrendo em outra cidade aproximadamente a cada três meses (para consulta médica especializada, exames de CD4 e carga viral, dispensação de antirretroviral). Após as devidas correções, a lista ficou constituída de 184 serviços que acompanhavam pessoas vivendo com HIV. Com a retirada dos serviços exclusivos de pré-natal e pediátricos, foram incluídos em nosso estudo 179 serviços ambulatoriais que acompanhavam adultos com HIV. Este processo deflagrou uma discussão no Programa Estadual sobre a necessidade de realização de cadastro dos serviços de HIV/aids adotando como identificação o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e que caracterizasse minimamente das unidades (ainda em andamento).

3.4.2 Distribuição do questionário e instruções de preenchimento

Os questionários foram entregues em mãos no Fórum Estadual de Dirigentes do Programa de DST/Aids e também enviados por correio eletrônico (e-mail) para alguns serviços e/ou coordenações municipais. Sob estas mesmas formas os questionários foram devolvidos.

Aos gerentes de todos os serviços orientamos que respondessem o questionário em conjunto com a equipe.

Foi dado o prazo de dois meses, de março a abril de 2007, para preenchimento e devolução dos mesmos. Telefonamos para alguns serviços para lembrar o prazo de devolutiva dos questionários.

3.4.3 Distribuição geográfica dos serviços no Estado

Embora o Estado de São Paulo seja administrativamente dividido em 17 Departamentos Regionais Saúde (DRS), optamos por adotar a divisão do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) para demonstrar a distribuição geográfica dos serviços participantes deste inquérito. Acreditamos que os profissionais e gerentes envolvidos no Programa Estadual de DST/Aids estão mais familiarizados com estas regionais, de modo que facilitará a compreensão espacial do trabalho. O CVE é o órgão da Secretaria de Estado da Saúde responsável pela coordenação e normatização do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo. Além disto, também tem por missão o planejamento, execução, gerenciamento e monitoração das ações de prevenção e controle de doenças e agravos no nível estadual. Para operacionalizar sua atuação, o Estado é dividido em 37 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) responsáveis por coordenar, supervisionar e controlar as ações de Vigilância Epidemiológica. Dos 37 GVE, apenas 27 possuem municípios com ambulatórios que acompanham adultos vivendo com HIV, que englobam 145 municípios e 179 serviços.

3.4.4 Construção das variáveis explicativas

Porte do serviço: Assumimos porte como variável explicativa em decorrência de estudos brasileiros que mostraram sua associação com

adesão e cuidado (Nemes et al., 2004; Nemes et al., 2009) Foi estimado com base no número de pacientes sob terapia antirretroviral, permitindo categorizar os serviços em:

Pequeno porte: acompanham menos de 100 pacientes sob TARV

Médio porte: acompanham entre 100 e 500 pacientes sob TARV;

Grande porte: acompanham mais de 500 pacientes sob TARV.

Tipo: os serviços foram classificados segundo sua dedicação exclusiva ao acompanhamento de pessoas que vivem com HIV (totalmente especializado em aids ou inserido em outra estrutura do SUS). A associação entre exclusividade do serviço ambulatorial de aids e qualidade da assistência foi demonstrada em recente avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005) e em outras publicações nacionais (Nemes et al., 2009; Nemes et al., 2009). As semelhanças organizacionais possibilitaram agrupá-los em quatro categorias:

Ambulatórios de HIV/aids.

Ambulatórios de Especialidades (junção dos ambulatórios de assistência a várias especialidades, ambulatórios de moléstias infecciosas e outros ambulatórios especializados).

Ambulatórios de Hospitais (junção dos ambulatórios de hospitais gerais e de ambulatórios de hospitais de moléstias infecciosas).

Unidades Básicas de Saúde.

Tamanho do município: Optamos por trabalhar com tamanho do município e não com sua localização, capital, grande São Paulo e interior, uma vez que na avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais realizado em âmbito nacional, o tamanho do município (maior ou menor que 400.000

habitantes) demonstrou associação a características dos serviços e à qualidade (Nemes et al., 2009). Obtivemos este dado no site do IBGE (www.ibge.gov.br) no último censo populacional, cuja data de referência é de 1º de abril de 2007. Classificamos os municípios com menos de 400.000 habitantes e os com mais de 400.000 habitantes.

3.4.5 Serviços que não responderam ao questionário

Não responderam ao questionário 43 serviços. Procuramos caracterizá-los de acordo com as variáveis explicativas adotadas por nós, de modo a possibilitar a comparação entre respondentes e não respondentes e ponderar sobre a generalização dos achados. O tipo do serviço e tamanho do município foram obtidos da planilha utilizada para o envio dos questionários, na qual constavam seus nomes e endereços. O porte foi estimado com base na informação da área de logística de antirretrovirais do PE DST/AIDS sobre a quantidade de AZT distribuído aos serviços e/ou unidades dispensadoras de medicamentos. Utilizamos este dado como base de cálculo para inferir o número de pacientes sob TARV, uma vez que este medicamento é o mais utilizado nos esquemas atuais. Esclarecemos que este procedimento é realizado pelo PE DST/AIDS sempre que é necessário estimar o número de pacientes em acompanhamento em determinado serviço. Deste modo, obtivemos de todos estes serviços o tipo, porte e tamanho do município. Na vigência de dúvidas, telefonamos para as unidades para esclarecimentos.

3.5 Plano de Análise

3.5.1 Questões estruturadas

As informações referentes ao tempo de duração das atividades e suas datas de início (implantação no serviço), tanto para as individuais como coletivas, foram abandonadas e não entraram nas análises estatísticas devido à má qualidade do dado. Em relação ao tempo de duração da atividade individual a grande variação nos sinalizou a divergência de entendimento da questão. As informações variavam de três minutos à uma hora, nos levando a acreditar que os serviços responderam esta questão de modo diverso: por meio da estimativa do tempo da consulta de rotina dedicado ao trabalho de adesão ou considerando o tempo integral da consulta. Em relação à data de início das atividades, em alguns questionários esta data era anterior ou contemporânea à distribuição do esquema tríplice de antirretrovirais ou mesmo coincidia com a abertura do serviço, denunciando a baixa compreensão da questão.

Análise descritiva: foram utilizadas apresentação tabular com frequências absolutas e relativas para todos os dados e os respectivos intervalos de 95% de confiança. Também foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana).

Análise bivariada: Para cada variável das perguntas do questionário foi verificada a existência de associação com as variáveis tamanho do município, tipo e porte do serviço para verificar as características dos serviços relacionadas ao desenvolvimento de atividades para melhoria da adesão. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou os testes exato de Fisher ou

teste da razão de verossimilhanças, quando não foi possível a aplicação do teste qui-quadrado (devido ao pequeno tamanho da amostra) sendo aceito um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

Análise multivariada: Foi empregada a análise de agrupamentos (*cluster analysis*), para criar grupos de serviços, formados segundo suas associações e de acordo com as variáveis escolhidas (tamanho do município, tipo e porte do serviço). Dois serviços não informaram o número de pacientes em acompanhamento, portanto entraram nesta análise 134 unidades. A técnica foi realizada em dois passos. Inicialmente, cada variável do estudo foi tratada matematicamente como um ponto no espaço multidimensional. A utilização da distância euclidiana possibilita formar agrupamentos por meio da reunião dos pontos mais próximos. A maior proximidade entre os pontos configura maior similaridade pelo log da verossimilhança. Ou seja, quanto menor a distância entre os pontos, mais semelhantes eles são. O critério de definição de número de grupos utilizado foi o Akaike (AIC), que originou três grupos. Posteriormente foram verificadas as associações de todas as variáveis do questionário com os grupos formados, utilizando testes qui-quadrado ou teste da razão de verossimilhanças para identificar as que foram responsáveis pela distinção dos referidos grupos. Os grupos formados foram descritos por meio de tabelas cruzadas a fim de caracterizá-los segundo as variáveis do questionário.

Apresentação dos resultados: Os dados foram processados com o auxílio dos programas Excel e SPSS 11.0. A apresentação foi organizada em tópicos considerando as perguntas do questionário, seguindo um crescente

que se inicia pela descrição das frequências de respostas de cada questão, associações bivariadas e por último, a análise multivariada.

Descreve-se a rede ambulatorial que assiste as PVHIV no Estado, de acordo com as variáveis explicativas do estudo e posteriormente dos serviços que responderam ao inquérito, com análise comparativa entre os respondentes e não respondentes.

3.5.2 Das questões abertas

As questões que se referiam a livre descrição do trabalho e observações foram analisadas em conjunto, pois muitas vezes os serviços utilizaram os dois espaços como continuidade de uma mesma questão. Alguns questionários continham informações e comentários adicionais que foram escritas espontaneamente ao lado das questões. Consideramos importantes estas “mensagens” que os serviços estavam enviando e, nas ocasiões em que isto ocorreu, estas observações foram agregadas às questões abertas e analisadas no mesmo conjunto de modo a melhorar nossa percepção sobre o perfil daquele serviço em questão.

3.5.3 Referencial teórico metodológico adotado

O referencial metodológico adotado para avaliação deste material foi a análise de conteúdo de Berelson, um dos primeiros estudiosos a sintetizar este tipo de análise como técnica de estudo. Pode ser definida “uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Turato, 2008). Ao optarmos por esta metodologia não estamos negando a relevância do conteúdo latente da comunicação, mas

apenas assumindo a limitação do instrumento utilizado e conseqüentemente do material obtido. Diferente de uma entrevista, trata-se de livre escrita, mas em espaço limitado, o que pode ter inibido o “discurso” de alguns. Por outro lado, nos permitimos um refinamento desta análise, na medida em que as repetidas leituras nos levaram a estabelecer relações com determinados referenciais revelados pelos próprios questionários. Se por um lado os limites do questionário não nos permitiram proceder ao estudo dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências e entrelinhas, a análise quantitativa e sistemática do conteúdo manifesto, não nos impediu de vislumbrarmos categorias de discursos apoiados nos referenciais emergidos do texto, do programa de DST/aids e na experiência da pesquisadora.

Foram realizadas diversas leituras das questões descritivas que nos conduziram a perceber semelhanças entre os questionários, aparentes contradições no mesmo discurso e também do discurso em relação às questões estruturadas do mesmo questionário. Isto possibilitou criarmos algumas categorias para procedermos a análise da freqüência dos discursos, descritas abaixo. Pretendemos salientar as semelhanças, diferenças e, sobretudo as singularidades dos questionários, investigando também em que medida as atividades relatadas são fruto do esforço dos profissionais para superação de determinada demanda ou da diretriz do gerente da unidade. Ressaltamos que o questionário foi desenvolvido como uma primeira aproximação com os serviços para conhecer mais profundamente as atividades de adesão que são desenvolvidas no Estado.

3.6 Questões abertas

a) Características dos questionários

- Preenchimento do questionário segundo função dos respondentes
- Influência da função do respondente na descrição do trabalho da unidade

b) Descrição geral das respostas

- Rotina
- Importância
- Informação e orientação

c) Valores

- Integralidade
- Singularidade
- Acolhimento
- Diálogo
- Vínculo
- Qualidade de vida
- Respeito
- Responsabilidade e compromisso
- Outros

d) Concepção de adesão

e) A prática

- Acolhimento e aconselhamento
- Fluxo do trabalho de adesão
- Público alvo
- O trabalho em equipe multidisciplinar
- Estratégias diferenciadas
- Envolvimento do gerente
- Bases para o trabalho

f) Dificuldades referidas para realizar atividades de adesão**g) Planejamento****3.7 Limites e possibilidades**

A despeito da focalização no uso dos antirretrovirais a questão da adesão é ampla, complexa e envolve a assistência à aids como um todo. A opção por um questionário curto e simples para viabilizar maior número de respostas certamente não conseguiu contemplar várias interrogações que pairam sobre as atividades de adesão.

O instrumento não foi testado. Não foi realizado nenhum piloto prévio à sua aplicação para avaliar sua compreensão e aperfeiçoar as questões. Acreditamos que podem ter havido divergências nas respostas em decorrência da pouca clareza das alternativas, compreensão heterogênea das questões e

também dos diferentes níveis de autocrítica dos respondentes, gerando respostas distintas para situações semelhantes entre os serviços. A motivação e o desejo de colaborar também devem ter influenciado a qualidade das respostas, tanto nas questões estruturadas quanto nas abertas.

Diferente de uma entrevista, mesmo que semi-estruturada, o questionário tem espaço delimitado para respostas, embora alguns serviços tenham anexado folhas para descrever o trabalho desenvolvido.

Para minimizar algumas destas questões discutimos a importância do inquérito, anteriormente à sua condução, em fórum específico dos gerentes do programa que reúne com periodicidade regular todos coordenadores municipais de DST/Aids, interlocutores, alguns gerentes de serviços e representantes de organizações não governamentais de aids. Adicionalmente, deixamos uma questão aberta para livre descrição do trabalho de adesão, mesmo considerando a possibilidade de alguns serviços limitarem-se apenas às questões estruturadas. Também realizamos ligações telefônicas para esclarecimentos de respostas do questionário.

Apesar de suas limitações, acreditamos que este inquérito proporcionou maior aproximação com a realidade do contexto do conjunto dos serviços paulistanos. O mapeamento das atividades em curso no Estado tornou mais evidentes deficiências neste campo e ajudou a localizar melhor algumas fragilidades. Poderá beneficiar as iniciativas do Estado subsidiando o planejamento com estabelecimento de metas e posterior monitoramento das ações implementadas.

3.8 Considerações Éticas

Esta pesquisa encontra-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde). Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4. RESULTADOS DO INQUÉRITO SOBRE AS ATIVIDADES DE ADEÇÃO EM CURSO NOS SERVIÇOS

*“Não é difícil ter uma idéia. O difícil é tê-las todas.
E o mais difícil é misturá-las, fio e trama, como Platão ensina,
para com elas fazer algo que seja quase real”.*
Alain – Considerações II.

4.1 Análise das questões estruturadas

4.1.1 Análises descritivas dos serviços estudados

Caracterização dos serviços do Estado de São Paulo:

A caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo está sumarizada na tabela 1. Conforme demonstrado, a maioria dos 179 serviços que acompanham PVHIV se constitui de ambulatórios de especialidades (83 - 46,4%), seguida de unidades exclusivas de HIV/aids (58 - 32,4%). As unidades básicas de saúde são 14,5% do total e a minoria dos ambulatórios está em hospitais (12 – 6,7%). A maior parte destes serviços está localizada em municípios com menos de 400.000 habitantes (135 - 75,4%). Em relação ao porte aproximadamente 80% acompanham menos que 500 pessoas sob TARV, sendo a distribuição praticamente meio a meio, pois 70 serviços (39,5%) possuem entre 100 e 500 e quase a mesma quantidade (71 – 40,1%), menos de 100. Dois serviços não informaram o número de pessoas sob TARV.

Ao observarmos a distribuição na capital podemos perceber que 75% dos serviços são de assistência especializada em HIV/aids e não existem unidades básicas de saúde acompanhando PVH. Dos 24 serviços, 16 (66,7%) acompanham mais de 500 pessoas sob TARV e não há nenhum com menos de 100.

Quanto ao interior mais da metade (51,6%) são ambulatórios de especialidades e quase 17% são unidades básicas de saúde. Em relação ao porte praticamente 89% acompanha menos de 500 pessoas sob TARV e destes 46,4% acompanham menos de 100. A maioria dos serviços se concentra em municípios com menos de 400.000 habitantes (75,4%).

Tabela 1 – Caracterização dos serviços ambulatoriais existentes no Estado de São Paulo, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007 (N = 179)

		Capital		Interior		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tipos dos serviços	Amb. Espec.	3	12,5	80	51,6	83	46,4
	Amb. HIV/aids	18	75,0	40	25,8	58	32,4
	Amb. Hosp.	3	12,5	9	5,8	12	6,7
	UBS	0	0	26	16,8	26	14,5
Total		24	100	155	100	179	100
Porte dos serviços*	< 100	0	0	71	46,4	71	40,1
	≥ 100 e < 500	8	33,3	62	40,5	70	39,6
	≥ 500	16	66,7	20	13,1	36	20,3
Total		24	100	153*	100	177*	100
Tamanho do município	≤400.000	0	0	135	87,1	135	75,4
	>400.000	24	100	20	12,9	44	24,6
Total		24	100	155	100	179	100

* 2 missings

Amb. Espec. = Ambulatório de Especialidades

Amb. HIV/aids = Ambulatório exclusivo de HIV/aids

Amb. Hosp. = Ambulatório de Hospital

UBS = Unidade Básica de Saúde

Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo que responderam ao inquérito

Dos 179 serviços que acompanham adultos vivendo com HIV no Estado de São Paulo, obtivemos resposta de 136, que constituem 76% do universo, os quais estão distribuídos na tabela 2.

Quanto ao porte: Responderam a esta questão 134 serviços (2 missings). De acordo com a classificação dos serviços em pequeno, médio e grande porte, a distribuição foi equilibrada sendo que 41% (55) dos respondentes informou que acompanhavam entre 100 e 500 pessoas sob TARV em dezembro de 2007 e 39,6% (53 unidades) informaram acompanhar menos de 100. Foram categorizados como serviços de grande porte 19,4% (26 unidades) que relataram acompanhar mais de 500 pessoas sob TARV. O número de adultos sob TARV em acompanhamento variou de 4 a 4.000, com mediana de 127 pessoas.

Quanto ao tipo: a distribuição dos serviços que responderam ao questionário também consta da tabela 2, onde se pode observar que 62 unidades (45,6%) informaram ser ambulatório de especialidades e a menor parcela informou ser ambulatório de hospitais.

Quanto ao tamanho do município: possuem serviços que acompanham PVHIV municípios que têm de 4.103 a 10.886.510 habitantes (mediana de 120.271). Deste, 76,5% (104) dos serviços se localizam em cidades com ≤ 400.000 habitantes, também demonstrado na mesma tabela 2. A capital participou com 17 serviços (12,5%) e o interior com 119 (87,5%).

Tabela 2 – Distribuição dos serviços do Estado de São Paulo que responderam ao inquérito segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007 (N = 136)

		N	%
Tipos dos serviços	Ambulatório de especialidades	62	45,6
	Ambulatório HIV/aids	46	33,8
	Ambulatório de hospital	9	6,6
	UBS	19	14,0
Total		136	100
Tamanho do município	≤ 400.000	104	76,5
	> 400.000	32	23,5
Total		136	100
Porte dos serviços*	< 100	53	39,6
	≥ 100 e < 500	55	41,0
	≥ 500	26	19,4
Total		134*	100
Localização	Capital	17	12,5%
	Interior	119	87,5%
Total		136	100

*2 missings

Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo que não responderam ao questionário

Não devolveram o questionário 43 serviços, correspondendo a 24% do total de serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo. A caracterização destes serviços está demonstrada na tabela 3. sendo 36 do interior (83,7%) e sete da capital (16,3%).

Quanto ao tipo podemos observar que quase a metade (48,8%) são ambulatorios de especialidades e 27,9% são unidades especializadas em HIV/aids. Em relação ao porte, acompanham menos de 100 pessoas sob TARV 41,9% dos serviços e 34,9% possuem entre 100 e 500. O número de adultos sob TARV em acompanhamento variou de 5 a 1.000 (mediana de 134 pessoas). Localizam-se em municípios que possuem ≤ 400.000 habitantes 31 serviços (72,1%). Na capital estão 7 serviços (12,5%) e o interior 36 (87,5%).

Tabela 3 – Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo que não responderam ao inquérito, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio 2007 (N = 43)

		N	%
Tipos dos serviços	Ambulatório de especialidades	21	48,8
	Ambulatório HIV/aids	12	27,9
	Ambulatório de hospital	3	7,0
	UBS	7	16,3
Total		43	100
Tamanho do município	≤ 400.000	31	72,1
	> 400.000	12	27,9
Total		43	100
Porte dos serviços	< 100	18	41,9
	≥ 100 e < 500	15	34,9
	≥ 500	10	23,3
Total		43	100
Localização	Capital	7	16,3
	Interior	36	83,7
Total		43	100

Comparação entre os serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo de acordo com a resposta ao inquérito segundo tipo, tamanho do município e porte do serviço

A tabela 4 mostra as frequências dos serviços respondentes e não respondentes, segundo as variáveis explicativas adotadas (porte do serviço, tipo de serviço e tamanho do município). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (respondentes e não respondentes) quanto a estas categorias. Quase metade de ambas as amostras é composta por ambulatórios de especialidades, aproximadamente 75% estão em municípios ≤ 400.000 e 80% acompanham menos de 500 pacientes sob TARV.

Tabela 4 – Distribuição dos serviços do Estado de São Paulo de acordo com resposta ao questionário de adesão, segundo tipo de serviço, tamanho do município e porte do serviço, maio de 2007

	Responderam ao questionário						p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de serviço							0,905#
Ambulatório de especialidades	62	45,6	21	48,8	83	46,4	
Ambulatório de HIV/aids	46	33,8	12	27,9	58	32,4	
Ambulatório de hospital	9	6,6	3	7,0	12	6,7	
UBS	19	14,0	7	16,3	26	14,5	
Total	136	100	43	100	179	100	
Tamanho do município							0,561
≤ 400.000	104	76,5	31	72,1	135	75,4	
> 400.000	32	23,5	12	27,9	44	24,6	
Total	136	100	43	100	179	100	
Porte dos serviços							0,743
< 100 sob TARV	53	39,6	18	41,9	71	40,1	
≥ 100 e < 500 sob TARV	55	41,0	15	34,9	70	39,5	
≥ 500 sob TARV	26	19,4	10	23,3	36	20,3	
Total	134	100	43	100	177	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

Distribuição dos serviços no Estado

Dos 28 GVE que possuem serviços que acompanham ambulatorialmente adultos que vivem com HIV, apenas dois (que possuem quatro serviços no total) não responderam ao questionário. Todos os outros tiveram municípios respondentes, de modo que a distribuição no estado foi aparentemente homogênea. A tabela 5 mostra a porcentagem de serviços respondentes por GVE e a figura 1 mostra sua distribuição geográfica no estado, também segundo os GVE.

Figura 1 – Mapa com distribuição dos serviços que acompanham adultos vivendo com HIV, segundo resposta ao questionário e localização geográfica dos GVE no Estado de São Paulo, maio 2007.

Tabela 5 – Distribuição dos serviços respondentes do Estado de São Paulo, segundo GVE, maio 2007

GVE com serviços de HIV/aids	Nº Serviços existentes por GVE	Nº de serviços por GVE que não responderam		Total de respondentes por GVE
		Não	Nº	%
Araçatuba – GVE XI	6	0	6	100
Araraquara – GVE XI	11	7	4	36,4
Assis – GVE XIII	4	0	4	100
Barretos – GVE XIV	3	0	3	100
Bauru – GVE XV	4	0	4	100
Botucatu – GVE XVI	4	2	2	50
Campinas – GVE XVII	17	3	14	82,4
Caraguatatuba – GVE XXVIII	3	0	3	100
Franca – GVE XVIII	2	0	2	100
Franco da Rocha – GVE IX	1	0	1	100
Itapeva – GVE XXXII	1	1	0	0
Jales – GVE XXX	3	3	0	0
Marília – GVE XIX	3	0	3	100
Mogi das Cruzes – GVE VIII	5	0	5	100
Osasco – GVE X	10	4	6	60
Piracicaba – GVE XX	7	2	5	71,4
Presidente Prudente – GVE XXI	5	0	5	100
Presidente Venceslau – GVE XXII	5	0	5	100
Registro – GVE XXIII	2	1	1	50
Ribeirão Preto – GVE XXIV	12	0	12	100
Santo André – GVE VI	7	3	4	57,1
Santos – GVE XXV	7	0	7	100
São João da Boa Vista – GVE XXVI	9	3	6	66,7
São José do Rio Preto – GVE XXIX	5	0	5	100
São José dos Campos – GVE XXVII	3	2	1	33,3
São Paulo – GVE I	24	7	17	70,8
Sorocaba – GVE XXXI	7	4	3	42,9
Taubaté – GVE XXXIII	9	1	8	88,9
TOTAL	179	43	136	76

Quanto à forma de avaliar a adesão

Responderam a questão 'Como a adesão do paciente é avaliada?', os 136 serviços participantes. Lembramos que as questões estruturadas eram de múltipla escolha e poderiam ser assinaladas mais de uma alternativa. Conforme apresentado na tabela 6 as duas formas mais freqüentes de avaliar a adesão foram questionar o paciente e monitorar a retirada da medicação na farmácia. A maioria dos serviços (115 unidades – 84,6%) informou perguntar ao paciente sobre a adesão, sendo que, 20,6% (28 unidades) o fazem de modo uniforme e em 64% (87 unidades) não há uniformidade no questionamento e cada profissional pergunta de uma maneira. Não informaram indagar diretamente o paciente sobre a adesão 21 serviços (15,4%). A retirada de medicamentos na farmácia foi assinalada por 107 serviços (78,7%).

Alguns serviços relatam avaliar a adesão de modo mais estruturado com utilização de questionário 7 (5,1%), planilhas 18 (13,2%) e contagem de pílulas no retorno de cada atendimento 13 (9,6%). Destaca-se que 2 serviços (1,5%) informaram não avaliar a adesão.

Ao analisarmos as outras formas citadas pudemos criar duas outras variáveis que foram: através de oscilações dos exames de CD4+ e carga viral HIV referida por 16 serviços (11,8%) e por meio do comparecimento à unidade (para consultas e/ou realização de exames), também informado por 16 (11,8%).

Restaram 16 serviços (11,8%) que referiram outras formas de avaliação: 4 (2,9%) informaram realizar visitas domiciliares aos pacientes faltosos, 3 (2,2%) contagem de pílulas em alguns casos, 3 (2,2%) avaliação de

prontuários. Os demais (0,7% cada serviço) relataram uma das seguintes: quadro clínico, fichas de controle, em sala de espera, discussão de casos em equipe, pasta contendo comprimidos de ARV apresentado ao paciente na pré-consulta para identificação e busca de faltosos.

Tabela 6 – Formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Modo de avaliação	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pergunta-se ao paciente de modo uniforme (as mesmas perguntas são feitas por todos os profissionais)	28	20,6
Cada profissional pergunta de uma maneira	87	64,0
Utiliza-se questionário	7	5,1
Existem planilhas para avaliar a adesão	18	13,2
Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento	13	9,6
Através da retirada da medicação da farmácia	107	78,7
Não há avaliação	2	1,5
Através dos resultados de CD4+ e carga viral HIV	16	11,8
Comparecimento as consultas e/ou exames	16	11,8
Outros	16	11,8

Quanto à frequência que a adesão é avaliada

Com relação a frequência com que é realizada a avaliação da adesão, se observa na tabela 7 que ocorre predominantemente sempre que o paciente comparece às consultas médicas (127 - 93,4%) e às consultas com enfermeiros (92 - 67,9%). A terceira periodicidade mais citada foi quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial (61%). Quase 57% dos serviços

informaram que avaliam a adesão quando o profissional acha que o paciente não é aderente, 39% na consulta com farmacêuticos e 7,4% investigam a adesão apenas quando há alteração da carga viral.

Outras frequências de avaliação foram reportadas por 20 serviços (14,7%), sendo assim distribuídos: cinco (3,7%) referiram na pré ou pós-consulta de enfermagem, quatro (2,9%) sempre que há dispensação do ARV, três (2,2%) na consulta com nutricionista, dois (1,5%) na identificação de uso de álcool. Seis serviços avaliam em momentos diversos: 0,7% após 15 dias do início da TARV, 0,7%: avaliação por tempo de ARV (falha terapêutica), 0,7% quando comparece ao serviço por outros motivos, 0,7% em reuniões de equipe (discussão de casos), 0,7% sempre que comparece às consultas de odontologia e 0,7% com o terapeuta ocupacional.

Tabela 7 – Frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Frequência de avaliação	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sempre que comparece às consultas médicas	127	93,4
Sempre que comparece às consultas com psicólogo	59	43,4
Sempre que comparece às consultas com assistente social	58	42,6
Sempre que comparece às consultas com enfermeiro	92	67,6
Sempre que comparece às consultas com farmacêutico	53	39,0
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente	77	56,6
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial	83	61,0
Apenas quando há alteração da carga viral	10	7,4
Outros	20	14,7
Não há avaliação	0	0

Quanto às atividades individuais existentes nos serviços

Quase todos os serviços informaram realizar atividades individuais nas quais se estimula a adesão (131 - 96,3%), sendo que cinco serviços (3,7% da amostra) não assinalaram nenhuma das opções. Na tabela 8 se pode observar predomínio de ações desenvolvidas por médicos e enfermeiros (94,1% e 77,2% respectivamente). Também foram relatadas consultas individuais realizadas por outros profissionais: em 60,3% dos serviços por psicólogos, 58,1% por assistente social, a mesma proporção em visitas domiciliares e 53,7% por atendimento de auxiliar de enfermagem. Destaca-se que quase 45% dos serviços referiram conduzir atendimento individual por farmacêutico.

Analisando a opção 'outras' marcadas pelos serviços foi possível criar a variável 'busca ativa de casos' que foi informada por 5,9% dos serviços.

Ainda restaram 28 serviços (20,6%) informando realizar outras 39 atividades muito heterogêneas, as quais agregamos em 22 novas variáveis: três (2,2%) citaram medicação ARV supervisionada, dois (1,5%) tuberculose supervisionada, dois (1,5%) aconselhamento, dois (1,5%) entrega de medicação fracionada para pacientes faltosos, um (0,7%) ONG, um posto troca seringas¹³, um visita hospitalar, um (0,7%) consulta com equipe de adesão, um (0,7%) durante medicação de co-infecção para hepatite e para tuberculose. Destaca-se que um serviço (0,7%) assinalou apenas realizar outras que referiu como 'de acordo com o comparecimento'. Os demais serviços informaram

¹³ Posto de troca de seringas (PTS) é um local, neste caso estruturado dentro de um serviço de saúde, no qual se promove a troca ou distribuição de seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis com o objetivo principal de diminuir a propagação da aids e de outras doenças transmissíveis por via sangüínea através do compartilhamento de seringas. Faz parte da Política de Redução de Danos. Para maiores informações consultar os manuais do Ministério da Saúde, PN DST/AIDS.

realizar atendimentos por outros profissionais da equipe: cinco (3,7%) atendimento pela nutrição, quatro (2,9%) atendimento odontológico, três (2,2%) terapia ocupacional, dois (1,5%) recepção, dois atendimento por agente de saúde, dois (1,5%) educador em saúde pública, um (0,7%) atendente de farmácia, um (0,7%) atendimento pedagógico, um (0,7%) atendimento por auxiliar de odontologia, um (0,7%) atendimento por cirurgião plástico, um (0,7%) fisiatra e um (0,7%) fisioterapeuta.

Lembramos aqui o que já comentamos nos materiais e métodos: os dados informados sobre duração média da atividade em minutos e data do início da implantação da atividade estavam com qualidade duvidosa e não foram analisados, nem nas atividades individuais nem nas coletivas.

Tabela 8 – Atividades individuais de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Assinalaram pelo menos uma alternativa	131	96,3
Deixaram de assinalar pelo menos uma alternativa	5	3,7%
Tipos de atividades individuais nas quais a adesão é estimulada		
Consulta Médica	128	94,1
Consulta de Enfermagem	105	77,2
Consulta de Psicólogo	82	60,3
Atendimento por Assistente Social	79	58,1
Atendimento por Farmacêutico	61	44,9
Atendimento por Técnico de Enfermagem	49	36,0
Atendimento por Auxiliar de Enfermagem	73	53,7
Visita Domiciliar	79	58,1
Busca ativa	8	5,9
Outras	28	20,6

Quanto às atividades coletivas desenvolvidas nos serviços

As atividades coletivas foram informadas por 92 serviços (67,6%). Não assinalaram nenhuma das alternativas do questionário, nem indicaram outros tipos de práticas de grupo 44 (32,4%). Destaca-se que cinco serviços (3,7%) não informaram realizar qualquer atividade de estímulo à adesão, seja individual seja coletiva. Pode-se perceber na tabela 9 a atividade mais referida foi a especificamente denominada “grupos de adesão”, informadas por 52 serviços (38,2%). Em seguida predominaram as palestras (28,7%) e sala de espera (25%). Café da manhã também é descrito por 19,1% dos ambulatórios. Grupos de mulheres, familiares, arte e de auto-ajuda foram declarados por 16,2%, 16,2%, 15,4% e 11,8% respectivamente.

Reportaram realizar outros tipos de atividades 33 serviços (24,3%) que desenvolvem 55 trabalhos coletivos sob diversos temas e orientações. Pudemos agregar alguns grupos em dez tipos: sete serviços (5,2%) conduzem grupos de terapia (três (2,2%) terapia, dois (1,5%) terapia comunitária, um (0,7%) terapia comunitária *teen*, um (0,7%) musicoterapia, um (0,7%) psicoballet); seis (4,4%) grupos de gestantes; cinco (3,7%) grupos de adolescentes e crianças; quatro (2,9%) grupos de atividades físicas (caminhada; exercícios físicos: alongamento, ginástica localizada, dança, etc.); três (2,2%) nas datas festivas (páscoa, dia das crianças, 1º de dezembro, confraternização de final de ano); três (2,2%) grupos de usuários de álcool e outras drogas (um (0,7%) álcool, um (0,7%) droga, um (0,7%) droga injetável); três (2,2%) grupos com “refeições” (um (0,7%) de almoços; um (0,7%) de

jantares; um (0,7%) de café da tarde); dois (1,5%) grupos de acolhimento; dois (1,5%) grupos de profissionais do sexo; dois (1,5%) grupo de usuários T20.

Dezoito serviços reportaram outras atividades coletivas sob diferentes temas: um (0,7%) com atividades externas sócio-culturais, físicas, viagens; um (0,7%) de campanhas educativas; um (0,7%) de casais sorodiferentes; um (0,7%) de familiares e pacientes; um (0,7%) de abandono da TARV; um (0,7%) de casos novos; um (0,7%) de convivência; um (0,7%) de promoção a saúde; um (0,7%) de voluntárias; um (0,7%) de discussão sobre tratamento para pacientes; um (0,7%) de dispensação de leite; um (0,7%) de geração de renda; um (0,7%) de lipodistrofia; um (0,7%) sócio-educativo; um (0,7%) de cuidadores; um (0,7%) de oração; um (0,7%) de planejamento familiar; um (0,7%) de qualidade de vida.

Tabela 9 – Atividades coletivas de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Assinalaram pelo menos uma alternativa	92	67,6%
Deixaram de assinalar pelo menos uma alternativa	44	32,4%
Atividades coletivas nas quais a adesão é estimulada		
Grupos de Adesão	53	39,0
Grupos de Mulheres	22	16,2
Grupos de familiares	22	16,2
Grupos de arte	21	15,4
Palestras	39	28,7
Sala de Espera	34	25,0
Grupos de Auto-ajuda	16	11,8
Café da manhã	26	19,1
Chás	4	2,9
Outras	33	24,3

Na tabela 10 se pode observar o perfil geral do subgrupo de serviços que não informaram desenvolver atividades coletivas de adesão (44 – 32,4%). Há predominância de ambulatórios de especialidades (54,5%), serviços com menos de 100 pacientes sob TARV (65,1%) e localização em cidades com ≤ 400.000 (86,4%).

Tabela 10 – Caracterização dos serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo, que não informaram conduzir atividades coletivas de adesão, maio de 2007 (n = 44)

		Capital		Interior		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tipos dos serviços	Amb. Especialidades	2	4,5	22	50	24	54,5
	Amb. HIV/aids	1	2,3	4	9,1	5	11,4
	Amb. Hosp.	1	2,3	4	9,1	5	11,4
	UBS	0	0	10	22,7	10	22,7
Total		4	9,1	40	90,9	44	100
Porte dos serviços*	< 100	0	0	28	65,1	28	65,1
	≥ 100 e < 500	2	4,7	10	23,2	12	27,9
	≥ 500	2	4,7	1	2,3	3	7
Total		4	9,4	39*	90,6	43*	100
Tamanho do município	≤ 400.000	0	0	38	86,4	38	86,4
	>400.000	4	9,1	2	4,5	6	13,6
Total		4	9,1	40	90,9	44	100

Amb. Espec. = Ambulatório de Especialidades

Amb. HIV/aids = Ambulatório exclusivo de HIV/aids

Amb. Hosp. = Ambulatório de Hospital

UBS = Unidade Básica de Saúde

* 1 missing

Quanto a atividades direcionadas para populações específicas

Menos da metade dos serviços informou ter atividades de estímulo a adesão para populações específicas (56 - 41,2%). Predominam a abordagem de gestantes (38 – 27,9%), seguida de usuários de álcool e outras drogas (30 – 22,1%) sendo que usuários de álcool foram reportados por 13 serviços (9,6%) e usuários de drogas ilícitas por 17 (12,5%). Pacientes com lipodistrofia são alvos de 12 serviços (8,8%) e familiares de 32 (23,5%). Chama atenção o trabalho citado por 10 serviços direcionados para população com baixa escolaridade. A tabela 11 sumariza estes dados relatados. Descreveram trabalho com outras populações 19 unidades (14%), que puderam ser agregadas em 12 variáveis: sete serviços (5,1%) abordam crianças e adolescentes, quatro (2,9%) homens que fazem sexo com homens, quatro (2,9%) mulheres, dois (1,5%) usuários de T20. Os oito ambulatorios restantes referiram dirigir atividades apenas para uma das seguintes populações (0,7% cada): casais, casais sorodiferentes, cuidadores de crianças e adolescentes, HIV e simpatizantes, mulheres que fazem sexo com mulheres, mulheres em idade fértil, pacientes com co-infecção com tuberculose e vulnerabilidade social.

Tabela 11 – Populações alvo de atividades de estímulo a adesão nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Realizam atividades direcionadas a populações específicas	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não	80	58,8
Sim	56	41,2
Total	136	100
Populações		
Gestantes	38	27,9
Usuários de drogas ilícitas	17	12,5
Usuários de álcool	13	9,6
Profissionais do sexo	23	16,9
Portadores de lipodistrofia	12	8,8
Baixa escolaridade	10	7,4
Familiares	32	23,5
Outros	19	14,0

Quanto à quantidade de atividades oferecidas

O número de atividades de estímulo a adesão (individuais e coletivas) variou de uma a 19 por serviço, com mediana de sete. Cinco serviços informaram que não possuem nenhuma e dois têm apenas uma. Identificamos atividades que podem ser consideradas mais específicas para o estímulo da adesão (grupos de adesão, atividades dirigidas a portadores de lipodistrofia, usuários de álcool e outras drogas, usuários de T20) em 61 serviços, variando de uma a quatro atividades por unidade, com mediana de 0,5.

Quanto à utilização de material de apoio no desenvolvimento das atividades

O emprego de algum tipo de material para apoiar o desenvolvimento das atividades de adesão foi informado por 85,3% dos serviços. Os demais (14,7%) não indicaram nenhuma das alternativas do questionário.

A quantidade de material de apoio utilizado por ambulatório variou de zero a oito, com média de 2,9 e mediana de 3. Três serviços (2,2%) referiram utilizar todos os materiais listados e 20 não usam nenhum. Pode-se verificar na tabela 12 que o uso de folhetos foi o mais freqüente (69,1%) e que praticamente a metade dos serviços (48,5%) utiliza frascos de medicamentos para trabalhar a adesão. Material áudio-visual foi informado por 39%. Aproximadamente um terço diz lançar mão de comprimidos avulsos, fotos e revistas (32,4%, 29,4% e 30,1% respectivamente).

Assinalaram utilizar outros materiais 24 (17,6%) serviços que indicaram 31 tipos diferentes dos itens relacionados no questionário. Onze serviços (8,1%) citaram o uso de material informativo e educativo (cinco: álbum seriado; dois: cartazes; um: cartilhas do serviço; um: *banner*; um: material de informação religiosa e um *flip chart*); seis (4,4%), materiais e métodos de prevenção (dois: insumos de prevenção: preservativos, seringas, agulhas, luvas, descarpak; três: próteses penianas e modelos pélvicos; um: métodos contraceptivos); três (2,2%) informaram uso de material para demonstrar os medicamentos (pasta com 01 comprimido de cada antirretroviral, cartela com combinação de medicamentos, *folders* com visualização da apresentação das medicações); três (2,2%): material para facilitar o manejo das medicações (um: desenhos nas receitas e nos

frascos de remédios; um: fita com hora no frasco; um: mapa de horário da medicação); dois (1,5%) incentivos: (lanches após participação do grupo, cestas básicas); um (0,7%): receitas personalizadas; um (0,7%): dados estatísticos; um (0,7%): etiquetas, canetas coloridas, marca texto.

Três serviços reportaram a interlocução como material de apoio às atividades de adesão: um citou o diálogo franco sobre real entendimento da complexidade do seu diagnóstico e abrangência de ações preventivas; outro apontou grupo de discussão e palestra; e o último informou: relatos de outros pacientes.

Tabela 12 – Material de apoio utilizado em atividades de estímulo à adesão nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Utilizam material de apoio	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não	20	14,7%
Sim	116	85,3%
Total	136	100%
Material de apoio utilizado		
Planilhas	31	22,8
Material áudio-visual	53	39,0
Folhetos	94	69,1
Frascos de medicamentos	66	48,5
Comprimidos avulsos	44	32,4
Fotos	40	29,4
Revistas	41	30,1
Outros	24	17,6

Quanto à existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio à aids

Em relação às Organizações Não Governamentais (ONG), 96 serviços (70,6%) não informaram o estabelecimento de parcerias. Dos 40 serviços que afirmaram ter parcerias, a maioria (57,5%) consiste de encaminhamentos para ONG, conforme pode ser visto na tabela 13.

Tabela 13 – Tipos de parcerias entre Organizações Não Governamentais e os serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, 2007 (N = 40)

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Estabelecimento de parceria com Organizações Não Governamentais		
Não	96	70,6
Sim	40	29,4
Total	136	100
Tipos de parceria		
A ONG atua dentro do serviço	12	30,0
Através de encaminhamento para ONG	23	57,5
Ambos	5	12,5
Total	40	100

4.2 Análises Bivariadas dos serviços estudados

4.2.1 Em relação ao porte de serviço

Quanto a associação entre o porte dos serviços e as formas de avaliar a adesão

Conforme demonstrado na tabela 14, apenas avaliar a adesão “cada profissional perguntando de uma maneira” mostrou associação estatisticamente significativa com o porte dos serviços, estando relacionado aos maiores (que acompanham mais de 500 pacientes sob TARV). Mesmo sem significância, é interessante destacar que entre as unidades que relataram que todos os profissionais fazem as mesmas perguntas para avaliar, predominam as de menor porte. A forma mais referida foi por meio da retirada das medicações na farmácia, entretanto não houve diferença significativa em sua distribuição em relação ao porte. Ressalta-se que dois serviços informaram não realizar avaliação da adesão.

Tabela 14 – Associação entre o porte dos serviços e as formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Como a adesão é avaliada	Porte dos serviços								P
	< 100		≥100 e <500		≥ 500		Total		
	n	%	N	%	n	%	N	%	
Pergunta-se ao paciente de modo uniforme									0,061
Não	37	69,8	47	85,5	23	88,5	107	79,9	
Sim	16	30,2	8	14,5	3	11,5	27	20,1	
Cada profissional pergunta de uma maneira									0,004
Não	27	50,9	16	29,1	4	15,4	47	35,1	
Sim	26	49,1	39	70,9	22	84,6	87	64,9	
Utiliza-se questionário									0,218#
Não	52	98,1	50	90,9	25	96,2	127	94,8	
Sim	1	1,9	5	9,1	1	3,8	7	5,2	
Existem planilhas para avaliar a adesão									0,360#
Não	47	88,7	45	81,8	24	92,3	116	86,6	
Sim	6	11,3	10	18,2	2	7,7	18	13,4	
Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento									0,562#
Não	49	92,5	50	90,9	22	84,6	121	90,3	
Sim	4	7,5	5	9,1	4	15,4	13	9,7	
Através da retirada da medicação da farmácia									0,398
Não	13	24,5	8	14,5	6	23,1	27	20,1	
Sim	40	75,5	47	85,5	20	76,9	107	79,9	
Não há avaliação									0,647#
Não	52	98,1	54	98,2	26	100	132	98,5	
Sim	1	1,9	1	1,8	0		2	1,5	
Outros									0,933#
Não	46	86,8	49	89,1	23	88,5	118	88,1	
Sim	7	13,2	6	10,9	3	11,5	16	11,9	
Através da avaliação de CD4+ e CV									0,651#
Não	47	88,7	47	85,5	24	92,3	118	88,1	
Sim	6	11,3	8	14,5	2	7,7	16	11,9	
Através do comparecimento às consultas									0,576#
Não	48	90,6	47	85,5	24	92,3	119	88,8	
Sim	5	9,4	8	14,5	2	7,7	15	11,2	
Total	53	100	55	100	26	100	134*	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

Quanto a associação entre porte dos serviços e frequência de avaliação da adesão

A frequência da avaliação mostrou associação com os serviços de grande porte, os quais informaram que o paciente é avaliado sempre que comparece às consultas com psicólogo, assistente social e com farmacêutico. Esta relação vai diminuindo na medida em que o porte do serviço também diminui, conforme discriminado na tabela 15. Serviços de médio porte apresentaram relação estatisticamente significativa com emprego de outras frequências de avaliação. Apesar da avaliação nas consultas médicas ter sido a mais informada, sua distribuição foi equilibrada entre os diferentes portes de serviços. Também apresentaram distribuição similar entre os portes aqueles que reportaram proceder a avaliação da adesão apenas quando há alteração da carga viral.

Tabela 15 – Associação entre o porte dos serviços e a frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Frequência de avaliação da adesão	Porte dos serviços*						Total*		p
	< 100		≥ 100 e < 500		≥ 500				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sempre que comparece as consultas médicas									0,786#
Não	4	7,5	3	5,5	1	3,8	8	6	
Sim	49	92,5	52	94,5	25	96,2	126	94	
Sempre que comparece as consultas c/ psicólogo									<0,001
Não	41	77,4	26	47,3	9	34,6	76	56,7	
Sim	12	22,6	29	52,7	17	65,4	58	43,3	
Sempre que comparece as consultas c/ assist social									0,01
Não	38	71,7	28	50,9	10	38,5	76	56,7	
Sim	15	28,3	27	49,1	16	61,5	58	43,3	
Sempre que comparece as consultas de enfermagem									0,143
Não	18	34,0	20	36,4	4	15,4	42	31,3	
Sim	35	66,0	35	63,6	22	84,6	92	68,7	
Sempre que comparece as consultas c/ farmacêutico									0,039
Não	38	71,7	32	58,2	11	42,3	81	60,4	
Sim	15	28,3	23	41,8	15	57,7	53	39,6	
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente									0,304
Não	26	49,1	24	43,6	8	30,8	58	43,3	
Sim	27	50,9	31	56,4	18	69,2	76	56,7	
Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial									0,461
Não	24	45,3	19	34,5	9	34,6	52	38,8	
Sim	29	54,7	36	65,5	17	65,4	82	61,2	
Apenas na alteração de carga viral									0,886#
Não	49	92,5	52	94,5	24	92,3	125	93,3	
Sim	4	7,5	3	5,5	2	7,7	9	6,7	
Outras									0,034#
Não	49	92,5	42	76,4	24	92,3	115	85,8	
Sim	4	7,5	13	23,6	2	7,7	19	14,2	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

Quanto a correlação entre o porte do serviço e as atividades individuais para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços

Mostraram associação significativa com os serviços de grande porte as consultas de psicólogos e atendimentos de assistente social, conforme pode ser visto na tabela 16. A consulta de enfermagem foi significativamente menos freqüente nos serviços de médio porte e ocorreu mais nos de pequeno.

Embora a consulta médica tenha sido a atividade individual mais referida, sua ocorrência foi semelhante entre os diferentes tipos de porte.

Tabela 16 – Associação entre o porte dos serviços e o desenvolvimento de atividades individuais para estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Atividades individuais	Porte dos serviços						Total		p
	< 100		≥ 100 e < 500		≥ 500				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta Médica									0,765#
Não	2	3,8	3	5,5	2	7,7	7	5,2	
Sim	51	96,2	52	94,5	24	92,3	127	94,8	
Consulta de Enfermagem									0,033
Não	7	13,2	18	32,7	4	15,4	29	21,6	
Sim	46	86,8	37	67,3	22	84,6	105	78,4	
Consulta de Psicólogo									0,004
Não	30	56,6	17	30,9	6	23,1	53	39,6	
Sim	23	43,4	38	69,1	20	76,9	81	60,4	
Atendimento por Assistente Social									<0,001
Não	32	60,4	19	34,5	4	15,4	55	41,0	
Sim	21	39,6	36	65,5	22	84,6	79	59,0	
Atendimento por Farmacêutico									0,075
Não	32	60,4	32	58,2	9	34,6	73	54,5	
Sim	21	39,6	23	41,8	17	65,4	61	45,5	
Atendimento por Téc de Enfermagem									0,127
Não	29	54,7	37	67,3	20	76,9	86	64,2	
Sim	24	45,3	18	32,7	6	23,1	48	35,8	
Atendimento por Aux de Enfermagem									0,441
Não	26	49,1	22	40,0	14	53,8	62	46,3	
Sim	27	50,9	33	60,0	12	46,2	72	53,7	
Visita Domiciliar									0,591
Não	19	35,8	25	45,5	11	42,3	55	41,0	
Sim	34	64,2	30	54,5	15	57,7	79	59,0	
Busca ativa									0,922#
Não	50	94,3	52	94,5	24	92,3	126	94,0	
Sim	3	5,7	3	5,5	2	7,7	8	6,0	
Outras									0,629
Não	43	81,1	45	81,8	19	73,1	107	79,9	
Sim	10	18,9	10	18,2	7	26,9	27	20,1	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

Quanto a associação entre o porte dos serviços e as atividades coletivas de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços

Os serviços de grande porte mostraram associação com o desenvolvimento de grupos especificamente denominados de adesão, grupos de mulheres, grupos de arte e com a existência de outros tipos de atividades de grupo, como pode ser verificado na Tabela 17. O grupo de auto ajuda foi limítrofe. O café da manhã mostrou associação com serviços de médio porte. As demais atividades coletivas não mostraram associação com o porte dos serviços.

Tabela 17 – Associação entre o porte dos serviços e o desenvolvimento de atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Atividade coletiva	Porte dos serviços						Total		P
	< 100		≥100 e <500		≥ 500				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Grupos de Adesão									0,002
Não	42	79,2	28	50,9	12	46,2	82	61,2	
Sim	11	20,8	27	49,1	14	53,8	52	38,8	
Grupos de Mulheres									0,029#
Não	49	92,5	45	81,8	18	69,2	112	83,6	
Sim	4	7,5	10	18,2	8	30,8	22	16,4	
Grupos de familiares									0,303#
Não	46	86,8	47	85,5	19	73,1	112	83,6	
Sim	7	13,2	8	14,5	7	26,9	22	16,4	
Grupos de arte									0,011#
Não	50	94,3	45	81,8	18	69,2	113	84,3	
Sim	3	5,7	10	18,2	8	30,8	21	15,7	
Palestras									0,323
Não	41	77,4	38	69,1	16	61,5	95	70,9	
Sim	12	22,6	17	30,9	10	38,5	39	29,1	
Sala de Espera									0,112
Não	44	83,0	41	74,5	16	61,5	101	75,4	
Sim	9	17,0	14	25,5	10	38,5	33	24,6	
Grupos de Auto-ajuda									0,054#
Não	49	92,5	50	90,9	19	73,1	118	88,1	
Sim	4	7,5	5	9,1	7	26,9	16	11,9	
Café da manhã									0,016
Não	46	86,8	38	69,1	24	92,3	108	80,6	
Sim	7	13,2	17	30,9	2	7,7	26	19,4	
Chás									0,122#
Não	53	100	52	94,5	25	96,2	130	97,0	
Sim	0		3	5,5	1	3,8	4	3,0	
Outras									<0,001
Não	48	90,6	40	72,7	13	50	101	75,4	
Sim	5	9,4	15	27,3	13	50	33	24,6	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

Quanto a associação entre o porte do serviço e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas

Nenhuma das variáveis analisadas mostrou associação estatisticamente significativa com o porte dos serviços. Conforme demonstrado na tabela 18, os serviços de grande porte reportaram desenvolver mais trabalhos dirigidos a gestantes, pacientes com lipodistrofia, familiares e outras populações que não as listadas no questionário. Atividades com usuários de drogas ilícitas e com profissionais do sexo foram mais reportadas por serviços de pequeno porte. Trabalhos com usuários de álcool e com pessoas de baixa escolaridade foram informados de modo semelhante por serviços de grande e pequeno porte.

Tabela 18 – Associação entre o porte dos serviços e desenvolvimento de atividades de adesão para populações específicas nos serviços ambulatoriais de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

	Porte dos serviços								p
	< 100		≥ 100 e < 500		≥ 500		Total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Existência de atividades direcionadas para pop. específicas									0,141
Não	36	67,9	30	54,5	12	46,2	78	58,2	
Sim	17	32,1	25	45,5	14	53,8	56	41,8	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	
Populações									
Gestantes									0,212
Não	40	75,5	41	74,5	15	57,7	96	71,6	
Sim	13	24,5	14	25,5	11	42,3	38	28,4	
Usuários de drogas ilícitas									0,462#
Não	44	83,0	50	90,9	23	88,5	117	87,3	
Sim	9	17,0	5	9,1	3	11,5	17	12,7	
Usuários de álcool									0,723#
Não	47	88,7	51	92,7	23	88,5	121	90,3	
Sim	6	11,3	4	7,3	3	11,5	13	9,7	
Profissionais do sexo									0,625#
Não	44	83,0	44	80	23	88,5	111	82,8	
Sim	9	17,0	11	20	3	11,5	23	17,2	
Portadores de lipodistrofia									0,385#
Não	50	94,3	50	90,9	22	84,6	122	91,0	
Sim	3	5,7	5	9,1	4	15,4	12	9,0	
Baixa escolaridade									0,729#
Não	48	90,6	52	94,5	24	92,3	124	92,5	
Sim	5	9,4	3	5,5	2	7,7	10	7,5	
Familiares									0,564
Não	40	75,5	44	80,0	18	69,2	102	76,1	
Sim	13	24,5	11	20,0	8	30,8	32	23,9	
Outros									0,077#
Não	49	92,5	47	85,5	19	73,1	115	85,8	
Sim	4	7,5	8	14,5	7	26,9	19	14,2	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

Quanto a associação entre porte do serviço e material de apoio utilizados no desenvolvimento de atividades de estímulo à adesão

Mostraram associação com os serviços de médio porte o uso de planilhas e de folhetos, cujo emprego foi pouco menos informado pelos de grande porte. O uso de comprimidos foi significativamente mais empregado pelos serviços de grande porte. As demais variáveis não mostraram associação com o porte, conforme pode ser visto na tabela 19.

Tabela 19 – Associação entre porte dos serviços e material de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Tipo de material	Porte dos serviços						Total		p
	< 100		≥ 100 e < 500		≥ 500				
	N	%	n	%	N	%	n	%	
Planilhas									0,033
Não	45	84,9	36	65,5	22	84,6	103	76,9	
Sim	8	15,1	19	34,5	4	15,4	31	23,1	
Material áudio-visual									0,361
Não	36	67,9	30	54,5	16	61,5	82	61,2	
Sim	17	32,1	25	45,5	10	38,5	52	38,8	
Folhetos									0,021
Não	23	43,4	11	20,0	6	23,1	40	29,9	
Sim	30	56,6	44	80,0	20	76,9	94	70,1	
Frascos de medicamentos									0,19
Não	32	60,4	25	45,5	11	42,3	68	50,7	
Sim	21	39,6	30	54,5	15	57,7	66	49,3	
Comprimidos avulsos									0,009
Não	44	83,0	33	60,0	14	53,8	91	67,9	
Sim	9	17,0	22	40,0	12	46,2	43	32,1	
Fotos									0,502
Não	39	73,6	40	72,7	16	61,5	95	70,9	
Sim	14	26,4	15	27,3	10	38,5	39	29,1	
Revistas									0,095
Não	42	79,2	33	60,0	18	69,2	93	69,4	
Sim	11	20,8	22	40,0	8	30,8	41	30,6	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	

* 2 missings

Quanto a associação entre porte do serviço e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio à aids

Os serviços de grande porte estão mais associados a existência de parceria com ONG, embora o tipo de parceria não tenha mostrado associação com nenhum porte conforme pode ser visto na tabela 20.

Tabela 20 – Associação entre porte dos serviços e existência de parcerias entre Organizações Não Governamentais de apoio a aids e os serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Estabelecimento de parcerias	Porte dos serviços						Total		p
	< 100		≥100 e <500		≥ 500				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não	47	88,7	35	63,6	13	50	95	70,9	0,001
Sim	6	11,3	20	36,4	13	50	39	29,1	
Total	53	100	55	100	26	100	134	100	
Tipo de parceria									0,413#
ONG atua no serviço	1	16,7	7	35,0	3	23,1	11	28,2	
Encaminha para ONG	5	83,3	11	55,0	7	53,8	23	59,0	
Ambos	0		2	10,0	3	23,1	5	12,8	
Total	6	100	20	100	13	100	39	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

* 2 missings

4.2.2 Em relação ao tipo de serviço

Quanto a associação entre os tipos de serviços e as formas de avaliar a adesão

A tabela 21 demonstra que os ambulatórios especializados em HIV/aids utilizam mais questionários e realizam mais controle da retirada da medicação na farmácia para avaliar a adesão. Nenhuma outra variável mostrou associação significativa com o tipo de serviço, nem mesmo a forma de perguntar ao paciente sobre adesão.

Tabela 21 – Associação entre os tipos de serviços e as formas de avaliar a adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Como a adesão é avaliada	Tipos de serviços										p
	Amb de especialidades		Amb de HIV/aids		Amb de hospital		UBS		Total		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pergunta-se ao paciente de modo uniforme											0,927
Não	48	77,4	38	82,6	7	77,8	15	78,9	108	79,4	
Sim	14	22,6	8	17,4	2	22,2	4	21,1	28	20,6	
Cada profissional pergunta de uma maneira											0,215
Não	24	38,7	12	26,1	3	33,3	10	52,6	49	36,0	
Sim	38	61,3	34	73,9	6	66,7	9	47,4	87	64,0	
Utiliza-se questionário											0,008
Não	62	100	40	87,0	9	100	18	94,7	129	94,9	
Sim	0	0,0	6	13	0	0,0	1	5,3	7	5,1	
Existem planilhas para avaliar a adesão											0,956
Não	54	87,1	39	84,8	8	88,9	17	89,5	118	86,8	
Sim	8	12,9	7	15,2	1	11,1	2	10,5	18	13,2	
Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento											0,705
Não	58	93,5	40	87,0	8	88,9	17	89,5	123	90,4	
Sim	4	6,5	6	13,0	1	11,1	2	10,5	13	9,6	
Através da retirada da medicação da farmácia											0,039
Não	12	19,4	6	13,0	5	55,6	6	31,6	29	21,3	
Sim	50	80,6	40	87	4	44,4	13	68,4	107	78,7	
Não há avaliação											0,807
Não	61	98,4	45	97,8	9	100	19	100	134	98,5	
Sim	1	1,6	1	2,2	0		0		2	1,5	
Outros											0,448
Não	53	85,5	43	93,5	7	77,8	17	89,5	120	88,2	
Sim	9	14,5	3	6,5	2	22,2	2	10,5	16	11,8	
Através da avaliação de CD4+ e CV											0,246
Não	58	93,5	40	87,0	7	77,8	15	78,9	120	88,2	
Sim	4	6,5	6	13,0	2	22,2	4	21,1	16	11,8	
Através do comparecimento às consultas											0,104
Não	59	95,2	38	82,6	8	88,9	15	78,9	120	88,2	
Sim	3	4,8	8	17,4	1	11,1	4	21,1	16	11,8	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	

Quanto a associação entre os tipos de serviços e a frequência da avaliação da adesão

Avaliação da adesão nas consultas médicas associou-se com ambulatórios especializados em HIV/aids. Embora não haja correlação significativa, os serviços de HIV/aids informaram maior frequência de avaliação nas consultas com psicólogos, assistentes sociais e quando ocorre intercorrência clínica ou laboratorial (Tabela 22).

Tabela 22 – Associação entre tipos de serviços e frequência com que a adesão é avaliada nos ambulatorios de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Frequência de avaliação da adesão	Tipos de serviços										p	
	Amb de especialidades		Amb. de HIV/aids		Amb. de hospital		UBS		Total			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sempre que comparece as cons. Médicas												0,013
Não	4	6,5	0	0	1	11,1	4	21,1	9	6,6		
Sim	58	93,5	46	100	8	88,9	15	78,9	127	93,4		
Sempre que comparece as cons. Psicólogos												0,079
Não	35	56,5	21	45,7	6	66,7	15	78,9	77	56,6		
Sim	27	43,5	25	54,3	3	33,3	4	21,1	59	43,4		
Sempre que comparece as consultas c/ assistente social												0,359
Não	36	58,1	23	50	5	55,6	14	73,7	78	57,4		
Sim	26	41,9	23	50	4	44,4	5	26,3	58	42,6		
Sempre que comparece a cons enfermagem												0,529
Não	19	30,6	14	30,4	5	55,6	6	31,6	44	32,4		
Sim	43	69,4	32	69,6	4	44,4	13	68,4	92	67,6		
Sempre que comparece as consultas c/ farmacêutico												0,508
Não	38	61,3	25	54,3	6	66,7	14	73,7	83	61,0		
Sim	24	38,7	21	45,7	3	33,3	5	26,3	53	39,0		
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente												0,528
Não	31	50,0	17	37,0	4	44,4	7	36,8	59	43,4		
Sim	31	50,0	29	63,0	5	55,6	12	63,2	77	56,6		
Quando há intercorrência clínica ou lab.												0,219
Não	27	43,5	13	28,3	3	33,3	10	52,6	53	39,0		
Sim	35	56,5	33	71,7	6	66,7	9	47,4	83	61,0		
Apenas na alteração de carga viral												0,345
Não	56	90,3	45	97,8	8	88,9	17	89,5	126	92,6		
Sim	6	9,7	1	2,2	1	11,1	2	10,5	10	7,4		
Outras												0,228
Não	55	88,7	36	78,3	7	77,8	18	94,7	116	85,3		
Sim	7	11,3	10	21,7	2	22,2	1	5,3	20	14,7		
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100		

Associação ente os tipos dos serviços e as atividades individuais para estímulo à adesão

Consultas de psicólogos apresentou correlação com ambulatórios especializados em HIV/aids, enquanto atendimento por assistente social associou-se com ambulatórios de hospitais. Por sua vez as visitas domiciliares foram significativamente importantes nos ambulatórios de HIV/aids e UBS. As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas quanto ao desenvolvimento de atividades individuais, conforme apresentado na tabela 23.

Tabela 23 – Associação ente os tipos de serviços e as atividades individuais para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Atividades individuais	Tipos de serviços										p
	Amb de especialidade		Amb HIV/aids		Amb hospital		UBS		Total		
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Consulta Médica											0,892
Não	4	6,5	2	4,3	1	11,1	1	5,3	8	5,9	
Sim	58	93,5	44	95,7	8	88,9	18	94,7	128	94,1	
Consulta de Enfermagem											0,367
Não	11	17,7	11	23,9	4	44,4	5	26,3	31	22,8	
Sim	51	82,3	35	76,1	5	55,6	14	73,7	105	77,2	
Consulta de Psicólogo											0,017
Não	25	40,3	12	26,1	4	44,4	13	68,4	54	39,7	
Sim	37	59,7	34	73,9	5	55,6	6	31,6	82	60,3	
Atendimento por Assist. Soc.											0,02
Não	28	45,2	14	30,4	2	22,2	13	68,4	57	41,9	
Sim	34	54,8	32	69,6	7	77,8	6	31,6	79	58,1	
Atendimento por farm.											0,793
Não	35	56,5	23	50,0	5	55,6	12	63,2	75	55,1	
Sim	27	43,5	23	50,0	4	44,4	7	36,8	61	44,9	
Atendimento por Téc de Enf											0,675
Não	37	59,7	31	67,4	7	77,8	12	63,2	87	64	
Sim	25	40,3	15	32,6	2	22,2	7	36,8	49	36,0	
Atendimento por Aux de Enf											0,064
Não	25	40,3	19	41,3	7	77,8	12	63,2	63	46,3	
Sim	37	59,7	27	58,7	2	22,2	7	36,8	73	53,7	
Visita Domiciliar											0,047
Não	29	46,8	15	32,6	7	77,8	6	31,6	57	41,9	
Sim	33	53,2	31	67,4	2	22,2	13	68,4	79	58,1	
Busca ativa											0,602
Não	59	95,2	43	93,5	9	100	17	89,5	128	94,1	
Sim	3	4,8	3	6,5	0	0	2	10,5	8	5,9	
Outras											0,44
Não	51	82,3	33	71,7	8	88,9	16	84,2	108	79,4	
Sim	11	17,7	13	28,3	1	11,1	3	15,8	28	20,6	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	

Associação ente os tipos de serviços e as atividades coletivas para estímulo à adesão

Os ambulatórios especializados em HIV/aids desenvolvem mais atividades coletivas, sendo que os grupos especificamente denominados de adesão, grupos de mulheres, grupo de familiares e chás associaram-se foram significativamente mais freqüentes (Tabela 24). Pode-se observar também que os ambulatórios de hospitais e de UBS realizam menos atividades coletivas que os demais.

Tabela 24 – Associação ente os tipos de serviços e as atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, 2007 (N = 136)

Ativ. coletiva	Tipos de serviços								Total	p	
	Ambulatório de especialidades		Ambulatório de HIV/aids		Ambulatório de hospital		UBS				
	N	%	n	%	n	%	n	%			
Grupos de Adesão											0,001
Não	46	74,2	17	37	6	66,7	14	73,7	83	61	
Sim	16	25,8	29	63	3	33,3	5	26,3	53	39	
Grupos de Mulheres											0,039
Não	53	85,5	34	73,9	9	100	18	94,7	114	83,8	
Sim	9	14,5	12	26,1	0	0	1	5,3	22	16,2	
Grupos de familiares											0,028
Não	55	88,7	33	71,7	9	100	17	89,5	114	83,8	
Sim	7	11,3	13	28,3	0		2	10,5	22	16,2	
Grupos de arte											0,302
Não	55	88,7	35	76,1	8	88,9	17	89,5	115	84,6	
Sim	7	11,3	11	23,9	1	11,1	2	10,5	21	15,4	
Palestras											0,54
Não	48	77,4	30	65,2	6	66,7	13	68,4	97	71,3	
Sim	14	22,6	16	34,8	3	33,3	6	31,6	39	28,7	
Sala de Espera											0,151
Não	51	82,3	29	63,0	7	77,8	15	78,9	102	75	
Sim	11	17,7	17	37,0	2	22,2	4	21,1	34	25	
Grupos de Auto-ajuda											0,216
Não	55	88,7	38	82,6	9	100	18	94,7	120	88,2	
Sim	7	11,3	8	17,4	0	0	1	5,3	16	11,8	
Café da manhã											0,241
Não	48	77,4	36	78,3	8	88,9	18	94,7	110	80,9	
Sim	14	22,6	10	21,7	1	11,1	1	5,3	26	19,1	
Chás											0,03
Não	62	100	42	91,3	9	100	19	100	132	97,1	
Sim	0		4	8,7	0	0	0		4	2,9	
Outras											0,061
Não	49	79	29	63	8	88,9	17	89,5	103	75,7	
Sim	13	21	17	37	1	11,1	2	10,5	33	24,3	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	

Associação ente os tipos dos serviços e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas

Pode-se ver na tabela 25 que não houve diferenças entre os tipos de serviços que desenvolvem e os que não desenvolvem trabalhos para populações específicas. Atividades dirigidas a portadores de lipodistrofia são mais freqüentemente desenvolvidas por ambulatórios especializados em HIV/aids. As UBS foram os únicos ambulatórios que não informaram abordar pacientes com lipodistrofia. Por outro lado os ambulatórios de hospitais são os que reportaram menos atividades para populações específicas.

Tabela 25 – Associação ente os tipos de serviços e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Atividades direcionadas para populações específicas	Tipos de serviços								Total		p
	Ambulatório de especialidade		Ambulatório de HIV/aids		Amb de hospital		UBS				
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Não	41	66,1	20	43,5	6	66,7	13	68,4	80	58,8	0,08
Sim	21	33,9	26	56,5	3	33,3	6	31,6	56	41,2	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	
Populações											
Gestantes											0,389
Não	45	72,6	30	65,2	8	88,9	15	78,9	98	72,1	
Sim	17	27,4	16	34,8	1	11,1	4	21,1	38	27,9	
Usuários de drogas ilícitas											0,31
Não	55	88,7	40	87,0	9	100	15	78,9	119	87,5	
Sim	7	11,3	6	13,0	0		4	21,1	17	12,5	
Usuários de álcool											0,35
Não	55	88,7	43	93,5	9	100	16	84,2	123	90,4	
Sim	7	11,3	3	6,5	0		3	15,8	13	9,6	
Profissionais do sexo											0,087
Não	54	87,1	34	73,9	9	100	16	84,2	113	83,1	
Sim	8	12,9	12	26,1	0		3	15,8	23	16,9	
Portadores de lipodistrofia											0,039
Não	59	95,2	38	82,6	8	88,9	19	100	124	91,2	
Sim	3	4,8	8	17,4	1	11,1	0		12	8,8	
Baixa escolaridade											0,633
Não	57	91,9	43	93,5	9	100	17	89,5	126	92,6	
Sim	5	8,1	3	6,5	0		2	10,5	10	7,4	
Familiares											0,757
Não	48	77,4	34	73,9	8	88,9	14	73,7	104	76,5	
Sim	14	22,6	12	26,1	1	11,1	5	26,3	32	23,5	
Outros											0,135
Não	57	91,9	35	76,1	8	88,9	17	89,5	117	86,0	
Sim	5	8,1	11	23,9	1	11,1	2	10,5	19	14,0	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	

Associação entre os tipos dos serviços e materiais de apoio utilizados

Dos materiais investigados apenas o uso de comprimidos avulsos mostrou associação com o tipo de serviço, sendo mais freqüentemente utilizados por ambulatórios especializados em HIV/aids, conforme tabela 26. Folhetos foram mais utilizados embora não tenha apresentado associação com nenhum tipo de serviço.

Tabela 26 – Associação entre os tipos de serviços e materiais de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Tipos de materiais	Tipos de serviços										P
	Amb de especialidades		Amb de HIV/aids		Amb de hospital		UBS		Total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	
Planilhas											0,224
Não	49	79,0	34	73,9	5	55,6	17	89,5	105	77,2	
Sim	13	21,0	12	26,1	4	44,4	2	10,5	31	22,8	
Material áudio-visual											0,868
Não	37	59,7	27	58,7	6	66,7	13	68,4	83	61,0	
Sim	25	40,3	19	41,3	3	33,3	6	31,6	53	39,0	
Folhetos											0,2
Não	22	35,5	9	19,6	4	44,4	7	36,8	42	30,9	
Sim	40	64,5	37	80,4	5	55,6	12	63,2	94	69,1	
Frascos de medicamentos											0,132
Não	32	51,6	19	41,3	7	77,8	12	63,2	70	51,5	
Sim	30	48,4	27	58,7	2	22,2	7	36,8	66	48,5	
Comprimidos avulsos											0,005
Não	47	75,8	22	47,8	7	77,8	16	84,2	92	67,6	
Sim	15	24,2	24	52,2	2	22,2	3	15,8	44	32,4	
Fotos											0,484
Não	44	71,0	30	65,2	8	88,9	14	73,7	96	70,6	
Sim	18	29,0	16	34,8	1	11,1	5	26,3	40	29,4	
Revistas											0,719
Não	42	67,7	31	67,4	7	77,8	15	78,9	95	69,9	
Sim	20	32,3	15	32,6	2	22,2	4	21,1	41	30,1	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	

Associação entre tipos de serviços e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids

Pode-se verificar na tabela 27 que os ambulatórios especializados em HIV/aids possuem associação com a existência de parceria com ONG. Entretanto o tipo de parceria não mostrou associação com os diferentes ambulatórios.

Tabela 27 – Associação entre tipos de serviços e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids com serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Estab. de parceria	Tipos de serviços								Total		P
	Amb. de especialidade		Amb. de HIV/aids		Amb de hospital		UBS				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não	43	69,4	27	58,7	8	88,9	18	94,7	96	70,6	0,008
Sim	19	30,6	19	41,3	1	11,1	1	5,3	40	29,4	
Total	62	100	46	100	9	100	19	100	136	100	
Tipo de parceria											0,451
ONG no serviço	5	26,3	7	36,8	0		0		12	30,0	
Encaminha para ONG	13	68,4	8	42,1	1	100	1	100	23	57,5	
Ambos	1	5,3	4	21,1	0	0	0	0	5	12,5	
Total	19	100	19	100	1	100	1	100	40	100	

Associação do tipo e porte dos serviços

O tipo de serviço mostrou associação com o porte, conforme demonstrado na tabela 28, sendo que os serviços menores (com menos de 100 pacientes sob TARV) se relacionaram com as UBS e os de grande porte com os ambulatorios especializados em HIV/aids. Nenhuma UBS acompanha mais de 500 pacientes sob TARV.

Tabela 28 – Associação entre os tipos e portes dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134*)

Porte dos serviços	Tipos de serviços								Total	p
	Amb de especialidade		Amb. de HIV/aids		Amb. de hospital		UBS			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
< 100	32	52,5	3	6,5	2	22,2	16	88,9	53	39,6
≥ 100 e < 500	21	34,4	27	58,7	5	55,6	2	11,1	55	41
≥ 500	8	13,1	16	34,8	2	22,2	0	0	26	19,4
Total	61	100	46	100	9	100	18	100	134	100

* 2 missings

Quanto a associação do tipo dos serviços e tamanho dos municípios

Nos municípios com mais de 400.000 habitantes localizam-se significativamente mais ambulatorios especializados em HIV/aids e nos municípios menores, as UBS. Nenhuma UBS que acompanha PVHIV situa-se em municípios com mais de 400.000 habitantes. Os dados estão dispostos na tabela 29.

Tabela 29 – Associação entre o tipo de serviço e tamanho dos municípios do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Tamanho do município	Tipos de serviços										p
	Amb. de especialidade		Amb. de HIV/aids		Amb. de hospital		UBS		Total		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	<0,001										
≤ 400.000	52	83,9	27	58,7	6	66,7	19	100	104	76,5	
> 400.000	10	16,1	19	41,3	3	33,3	0		32	23,5	
Total	62	100	58	100	12	100	19	100	136	100	

4.2.3 Quanto ao tamanho dos municípios

Quanto a associação entre tamanho do município e a forma como a adesão é avaliada

A distribuição das formas de avaliação da adesão pode ser verificada na tabela 30. Nos municípios com menos de 400.000 habitantes se avalia com perguntas uniformes, enquanto que nos municípios maiores cada profissional pergunta de uma maneira. A retirada da medicação na farmácia, embora tenha sido uma das formas mais freqüentes, não mostrou associação com o tamanho do município, pois teve distribuição semelhante. O uso de planilhas, comparecimento às consultas e outras formas de avaliação também tiveram freqüência equilibrada entre os municípios.

Tabela 30 – Associação entre tamanho do município e a forma como a adesão é avaliada

Como a adesão é avaliada	Tamanho do município						p
	≤ 400.000		> 400.000		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Pergunta-se ao paciente de modo uniforme							0,022
Não	78	75	30	93,8	108	79,4	
Sim	26	25	2	6,3	28	20,6	
Cada profissional pergunta de uma maneira							0,002
Não	45	43,3	4	12,5	49	36	
Sim	59	56,7	28	87,5	87	64	
Utiliza-se questionário							>0,999*
Não	98	94,2	31	96,9	129	94,9	
Sim	6	5,8	1	3,1	7	5,1	
Existem planilhas para avaliar a adesão							>0,999*
Não	90	86,5	28	87,5	118	86,8	
Sim	14	13,5	4	12,5	18	13,2	
Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento							0,504*
Não	95	91,3	28	87,5	123	90,4	
Sim	9	8,7	4	12,5	13	9,6	
Através da retirada da medicação da farmácia							0,561
Não	21	20,2	8	25	29	21,3	
Sim	83	79,8	24	75	107	78,7	
Não há avaliação							>0,999*
Não	102	98,1	32	100	134	98,5	
Sim	2	1,9	0	0	2	1,5	
Outros							>0,999*
Não	92	88,5	28	87,5	120	88,2	
Sim	12	11,5	4	12,5	16	11,8	
Através da avaliação de CD4+ e CV							>0,999*
Não	92	88,5	28	87,5	120	88,2	
Sim	12	11,5	4	12,5	16	11,8	
Através do comparecimento às consultas							>0,999*
Não	92	88,5	28	87,5	120	88,2	
Sim	12	11,5	4	12,5	16	11,8	
Total	104	100	32	100	136	100	

* Resultado do teste Exato de Fisher

Quanto a associação entre tamanho do município e frequência de avaliação da adesão

A avaliação é realizada sempre que o paciente comparece às consultas com assistente social nos serviços dos municípios com mais de 400.000 habitantes. As demais variáveis analisadas não mostraram associação com o tamanho do município, conforme pode ser verificado na tabela 31.

Tabela 31 – Associação entre tamanho do município e a frequência com que a adesão é avaliada nos ambulatórios de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Frequência de avaliação da adesão	Tamanho do município				Total		p
	≤ 400.000		> 400.000				
	n	%	n	%	N	%	
Sempre que comparece as consultas médicas							>0,999*
Não	7	6,7	2	6,3	9	6,6	
Sim	97	93,3	30	93,8	127	93,4	
Sempre que comparece as consultas psicológicas							0,388
Não	61	58,7	16	50,0	77	56,6	
Sim	43	41,3	16	50,0	59	43,4	
Sempre que comparece as consultas c/ assistente social							0,029
Não	65	62,5	13	40,6	78	57,4	
Sim	39	37,5	19	59,4	58	42,6	
Sempre que comparece a cons enfermagem							0,147
Não	37	35,6	7	21,9	44	32,4	
Sim	67	64,4	25	78,1	92	67,6	
Sempre que comparece as consultas c/ farmacêutico							0,143
Não	67	64,4	16	50	83	61	
Sim	37	35,6	16	50	53	39	
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente							0,443
Não	47	45,2	12	37,5	59	43,4	
Sim	57	54,8	20	62,5	77	56,6	
Quando há intercorrência clínica ou lab.							0,542
Não	42	40,4	11	34,4	53	39	
Sim	62	59,6	21	65,6	83	61	
Apenas na alteração de carga viral							>0,999*
Não	96	92,3	30	93,8	126	92,6	
Sim	8	7,7	2	6,3	10	7,4	
Outras							0,252*
Não	91	87,5	25	78,1	116	85,3	
Sim	13	12,5	7	21,9	20	14,7	
Total	104	100	32	100	136	100	

* Resultado do teste Exato de Fisher

Quanto a associação entre tamanho do município e as atividades individuais para estímulo à adesão

Em relação às atividades individuais o atendimento por assistente social e a opção outras atividades se associaram com os municípios maiores, conforme demonstrado na tabela 32. Embora as atividades realizadas por psicólogos predominem nas cidades acima da 400.000 habitantes, esta ocorrência não foi significativa. As consultas médicas e de enfermagem aconteceram de modo similar entre os municípios.

Tabela 32 – Associação ente o tamanho do município e as atividades individuais para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Atividades individuais	Tamanho do município						p
	≤ 400.000		> 400.000		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Consulta Médica							0,391*
Não	5	4,8	3	9,4	8	5,9	
Sim	99	95,2	29	90,6	128	94,1	
Total	104	100	32	100	136	100	
Consulta de Enfermagem							0,734
Não	23	22,1	8	25,0	31	22,8	
Sim	81	77,9	24	75,0	105	77,2	
Total	104	100	32	100	136	100	
Consulta de Psicólogo							0,481
Não	43	41,3	11	34,4	54	39,7	
Sim	61	58,7	21	65,6	82	60,3	
Total	104	100	32	100	136	100	
Atendimento por Assist. Social							0,027
Não	49	47,1	8	25	57	41,9	
Sim	55	52,9	24	75	79	58,1	
Total	104	100	32	100	136	100	
Atendimento por farmacêutico							0,059
Não	62	59,6	13	40,6	75	55,1	
Sim	42	40,4	19	59,4	61	44,9	
Total	104	100	32	100	136	100	
Atendimento por Téc de Enf							0,137
Não	63	60,6	24	75	87	64	
Sim	41	39,4	8	25	49	36	
Total	104	100	32	100	136	100	
Atendimento por Aux de Enf							0,633
Não	47	45,2	16	50	63	46,3	
Sim	57	54,8	16	50	73	53,7	
Total	104	100	32	100	136	100	
Visita Domiciliar							0,142
Não	40	38,5	17	53,1	57	41,9	
Sim	64	61,5	15	46,9	79	58,1	
Total	104	100	32	100	136	100	
Busca ativa							0,391*
Não	99	95,2	29	90,6	128	94,1	
Sim	5	4,8	3	9,4	8	5,9	
Total	104	100	32	100	136	100	
Outras							0,027
Não	87	83,7	21	65,6	108	79,4	
Sim	17	16,3	11	34,4	28	20,6	
Total	104	100	32	100	136	100	

* Resultado do teste Exato de Fisher

Quanto a associação entre tamanho do município e as atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo

Nos municípios maiores os serviços fazem mais grupos denominados de adesão e chás. A tabela 33 também demonstra que desenvolvem mais outros tipos de atividades coletivas. Não houve outras associações significativas.

Tabela 33 – Associação ente o tamanho do município e as atividades coletivas para estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Atividades coletivas	Tamanho do município						p
	≤ 400.000		> 400.000		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Grupos de Adesão							0,007
Não	70	67,3	13	40,6	83	61	
Sim	34	32,7	19	59,4	53	39	
Grupos de Mulheres							0,121
Não	90	86,5	24	75,0	114	83,8	
Sim	14	13,5	8	25,0	22	16,2	
Grupos de familiares							0,923
Não	87	83,7	27	84,4	114	83,8	
Sim	17	16,3	5	15,6	22	16,2	
Grupos de arte							0,269*
Não	90	86,5	25	78,1	115	84,6	
Sim	14	13,5	7	21,9	21	15,4	
Palestras							0,937
Não	74	71,2	23	71,9	97	71,3	
Sim	30	28,8	9	28,1	39	28,7	
Sala de Espera							0,35
Não	76	73,1	26	81,3	102	75	
Sim	28	26,9	6	18,8	34	25	
Grupos de Auto-ajuda							0,207*
Não	94	90,4	26	81,3	120	88,2	
Sim	10	9,6	6	18,8	16	11,8	
Café da manhã							0,276
Não	82	78,8	28	87,5	110	80,9	
Sim	22	21,2	4	12,5	26	19,1	
Chás							0,040*
Não	103	99,0	29	90,6	132	97,1	
Sim	1	1,0	3	9,4	4	2,9	
Outras							0,014
Não	84	80,8	19	59,4	103	75,7	
Sim	20	19,2	13	40,6	33	24,3	
Total	104	100	32	100	136	100	

* Resultado do teste Exato de Fisher

Quanto a associação entre tamanho do município e o desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas

Intervenções para pacientes com lipodistrofia são mais realizadas em cidades de grande porte. Na tabela 34 pode-se verificar que, embora as atividades para usuários de drogas ilícitas e também de álcool sejam mais realizados em cidades de menor tamanho, a diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 34 – Associação ente o tamanho do município e desenvolvimento de atividades direcionadas para populações específicas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Existência de atividades direcionadas para populações específicas	Tamanho do município				Total		P
	≤ 400.000		> 400.000				
	n	%	n	%	n	%	
Não	62	59,6	18	56,3	80	58,8	
Sim	42	40,4	14	43,8	56	41,2	
Total	104	100	32	100	136	100	
Populações							
Gestantes							0,633
Não	76	73,1	22	68,8	98	72,1	
Sim	28	26,9	10	31,3	38	27,9	
Usuários de drogas ilícitas							
Não	88	84,6	31	96,9	119	87,5	
Sim	16	15,4	1	3,1	17	12,5	
Usuários de álcool							
Não	92	88,5	31	96,9	123	90,4	
Sim	12	11,5	1	3,1	13	9,6	
Profissionais do sexo							
Não	85	81,7	28	87,5	113	83,1	
Sim	19	18,3	4	12,5	23	16,9	
Portadores de lipodistrofia							
Não	98	94,2	26	81,3	124	91,2	
Sim	6	5,8	6	18,8	12	8,8	
Baixa escolaridade							
Não	95	91,3	31	96,9	126	92,6	
Sim	9	8,7	1	3,1	10	7,4	
Familiares							
Não	77	74,0	27	84,4	104	76,5	
Sim	27	26,0	5	15,6	32	23,5	
Outros							
Não	90	86,5	27	84,4	117	86,0	
Sim	14	13,5	5	15,6	19	14,0	
Total	104	100	32	100	136	100	

* Resultado do teste Exato de Fisher

Quanto a associação entre tamanho do município e material de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão

O tipo de material utilizado nas atividades de adesão não mostrou correlação com o tamanho dos municípios, embora o uso de folhetos seja mais freqüente nas cidades maiores. Planilhas, material áudio-visual e frascos de medicamentos tiveram distribuição semelhante em ambos tamanhos de municípios. Os dados estão apresentados na tabela 35.

Tabela 35 – Associação entre o tamanho do município e o material de apoio utilizado nas atividades de estímulo à adesão desenvolvidas nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Tipos de materiais	Tamanho do município				Total		p
	≤ 400.000		> 400.000				
	n	%	n	%	n	%	
Planilhas							0,734
Não	81	77,9	24	75,0	105	77,2	
Sim	23	22,1	8	25,0	31	22,8	
Material áudio-visual							0,845
Não	63	60,6	20	62,5	83	61,0	
Sim	41	39,4	12	37,5	53	39,0	
Folhetos							0,089
Não	36	34,6	6	18,8	42	30,9	
Sim	68	65,4	26	81,3	94	69,1	
Frascos de medicamentos							0,849
Não	54	51,9	16	50	70	51,5	
Sim	50	48,1	16	50	66	48,5	
Comprimidos avulsos							0,253
Não	73	70,2	19	59,4	92	67,6	
Sim	31	29,8	13	40,6	44	32,4	
Fotos							0,251
Não	76	73,1	20	62,5	96	70,6	
Sim	28	26,9	12	37,5	40	29,4	
Revistas							0,551
Não	74	71,2	21	65,6	95	69,9	
Sim	30	28,8	11	34,4	41	30,1	
Total	104	100	32	100	136	100	

Quanto a associação entre tamanho do município e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids

Nos municípios maiores existem mais parcerias estabelecidas entre os serviços e as ONG, como demonstrado na tabela 36. A especificação destas parcerias, no entanto, não mostrou associação entre os tamanhos de municípios analisados.

Tabela 36 – Associação entre tamanho do município e existência de parcerias com Organizações Não Governamentais de apoio a aids com serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 136)

Estabelecimento de parceria	Tamanho do município				Total		p 0,001
	≤ 400.000		> 400.000				
	n	%	n	%	n	%	
Não	81	77,9	15	46,9	96	70,6	0,821#
Sim	23	22,1	17	53,1	40	29,4	
Total	104	100	32	100	136	100	
Tipo de parceria							
ONG no serviço	6	26,1	6	35,3	12	30,0	
Encaminha para ONG	14	60,9	9	52,9	23	57,5	
Ambos	3	13,0	2	11,8	5	12,5	
Total	23	100	17	100	40	100	

Resultado do teste da Razão de Verossimilhanças

Quanto a associação entre tamanho do município e o porte dos serviços

O tamanho do município mostrou correlação com o porte dos serviços, sendo que os de grande porte se localizam mais freqüentes nos municípios maiores e os de médio e principalmente de pequeno porte nos municípios com menos de 400.000 habitantes (Tabela 37).

Tabela 37 – Associação entre o tamanho do município e o porte dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (n = 134*)

Porte dos serviços	Tamanho do município				Total		p
	≤ 400.000		> 400.000				
	n	%	n	%	n	%	
< 100	51	50	2	6,2	53	39,6	<0,001
≥ 100 e < 500	43	42,2	12	37,5	55	41	
≥ 500	8	7,8	18	56,3	26	19,4	
Total	102	100	32	100	134	100	

* 2 missings

4.3 Análise Multivariada

Entraram nesta análise 134 serviços, dos 136 que responderam ao inquérito. Dois não puderam ser incluídos porque não havia informação sobre o porte. Foram criados três grupos distintos de serviços, formados segundo suas associações e de acordo com as variáveis escolhidas (tamanho do município, porte e tipo de serviço), o que equivale dizer que nos grupos formados os serviços mostraram maior homogeneidade entre si e heterogeneidade em relação aos serviços dos demais grupos. Ao final, 27 serviços localizaram-se no **Grupo 1**, 51 no **Grupo 2** e 56 no **Grupo 3**.

Quanto à forma de avaliar a adesão

A utilização de planilhas, contagem de pílulas a cada retorno, controle da retirada da medicação na farmácia e do comparecimento às consultas foram as variáveis responsáveis pela distinção dos grupos no que se referiu à forma de avaliação da adesão. Chama atenção que os serviços do grupo 1 realizam apenas o controle da retirada da medicação da farmácia e o faz em menor proporção que os demais, como se pode ver na tabela 38. O grupo 2 é o que apresenta maior proporção de utilização de planilhas e de contagem de pílulas, sendo que no grupo 3 localizaram-se os serviços que realizam mais o controle da retirada da medicação da farmácia e comparecimento às consultas.

Tabela 38 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo formas de avaliação da adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Formas de avaliação da adesão	Grupos						Total		p
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3				
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Pergunta-se ao paciente de modo uniforme									0,342#
Não	19	70,4	43	84,3	45	80,4	107	79,9	
Sim	8	29,6	8	15,7	11	19,6	27	20,1	
Cada profissional pergunta de uma maneira									0,148#
Não	13	48,1	19	37,3	15	26,8	47	35,1	
Sim	14	51,9	32	62,7	41	73,2	87	64,9	
Utiliza-se questionário									0,172*
Não	27	100,0	47	92,2	53	94,6	127	94,8	
Sim	0	0,0	4	7,8	3	5,4	7	5,2	
Existem planilhas para avaliar a adesão									0,009*
Não	27	100,0	41	80,4	48	85,7	116	86,6	
Sim	0	0,0	10	19,6	8	14,3	18	13,4	
Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento									0,040*
Não	27	100,0	44	86,3	50	89,3	121	90,3	
Sim	0	0,0	7	13,7	6	10,7	13	9,7	
Através da retirada da medicação da farmácia									0,000#
Não	12	44,4	11	21,6	4	7,1	27	20,1	
Sim	15	55,6	40	78,4	52	92,9	107	79,9	
Não há avaliação									0,303*
Não	26	96,3	50	98,0	56	100,0	132	98,5	
Sim	1	3,7	1	2,0	0	0,0	2	1,5	
Outros									0,644*
Não	25	92,6	45	88,2	48	85,7	118	88,1	
Sim	2	7,4	6	11,8	8	14,3	16	11,9	
Através da avaliação de CD4+ e CV									0,982*
Não	24	88,9	45	88,2	49	87,5	118	88,1	
Sim	3	11,1	6	11,8	7	12,5	16	11,9	
Através do comparecimento às consultas									0,022*
Não	27	100,0	45	88,2	47	83,9	119	88,8	
Sim	0	0,0	6	11,8	9	16,1	15	11,2	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Teste qui-quadrado

Quanto à frequência de avaliação de adesão

Avaliar a adesão sempre que o paciente comparece às consultas com psicólogo, assistente social, farmacêutico e na vigência de intercorrência clínica ou laboratorial mostraram associação com a diferenciação entre os grupos formados, conforme exposto na tabela 39. De todas estas, a realização de avaliação sempre que há intercorrência clínica e laboratorial é a que ocorre em maior proporção nos três grupos. Pode-se verificar que o grupo 1 se distingue bem dos demais por apresentar a menor frequência de avaliação da adesão em todas as alternativas. Os serviços do grupo 2 e 3 apresentam distribuição mais semelhante, sendo que os do grupo 2 realizam mais avaliação no comparecimento às consultas com psicólogo e com assistente social e os do grupo 3, na consulta com farmacêutico.

Tabela 39 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo frequência com que a adesão é avaliada nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Frequência de avaliação da adesão	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		p
	N	%	N	%	N	%	n	%	
Sempre que comparece às consultas médicas									0,212*
Não	3	11,1	1	2,0	4	7,1	8	6,0	
Sim	24	88,9	50	98,0	52	92,9	126	94,0	
Sempre que comparece às consultas com psicólogo									0,000#
Não	26	96,3	22	43,1	28	50,0	76	56,7	
Sim	1	3,7	29	56,9	28	50,0	58	43,3	
Sempre que comparece às consultas com a. social									0,000#
Não	25	92,6	22	43,1	29	51,8	76	56,7	
Sim	2	7,4	29	56,9	27	48,2	58	43,3	
Sempre que comparece às consultas com enfermeiro									0,258#
Não	12	44,4	14	27,5	16	28,6	42	31,3	
Sim	15	55,6	37	72,5	40	71,4	92	68,7	
Sempre que comparece às consultas com farmacêutico									0,003#
Não	24	88,9	29	56,9	28	50,0	81	60,4	
Sim	3	11,1	22	43,1	28	50,0	53	39,6	
Quando o profissional acha que o paciente não é aderente									0,159#
Não	16	59,3	19	37,3	23	41,1	58	43,3	
Sim	11	40,7	32	62,7	33	58,9	76	56,7	
Quando há intercorrência clínica ou laboratorial									0,001#
Não	19	70,4	16	31,4	17	30,4	52	38,8	
Sim	8	29,6	35	68,6	39	69,6	82	61,2	
Apenas quando há alteração da carga viral									0,863*
Não	25	92,6	47	92,2	53	94,6	125	93,3	
Sim	2	7,4	4	7,8	3	5,4	9	6,7	
Outras									0,140*
Não	26	96,3	42	82,4	47	83,9	115	85,8	
Sim	1	3,7	9	17,6	9	16,1	19	14,2	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Teste qui-quadrado

Quanto às atividades individuais

A atividade individual mais informada nos três grupos foi a consulta médica, que foi mais informada pelo Grupo 3. Na tabela 40 pode-se constatar que este grupo também concentra a maior proporção de serviços que desenvolvem consulta de enfermeiro e técnico de enfermagem. No grupo 2 as atividades individuais ocorrem em grande proporção e com certa harmonia na distribuição entre as alternativas. Predominam as consultas médica e de enfermagem. O grupo 2 contém ainda a maior proporção de trabalho individual de estímulo à adesão realizado por meio de consulta com psicólogo, assistente social, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, visita domiciliar e de outros tipos. Por sua vez, o Grupo 1 reúne os serviços que menos desenvolvem atividades individuais. Entre elas sobressaem a consulta médica e de enfermagem. Este grupo não possui nenhuma atividade realizada por farmacêuticos.

Tabela 40 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo as atividades individuais de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Atividades individuais nas quais a adesão é estimulada	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		p
	n	%	N	%	N	%	N	%	
Consulta Médica									0,009*
Não	4	14,8	3	5,9	0	0,0	7	5,2	
Sim	23	85,2	48	94,1	56	100,0	127	94,8	
Consulta de Enfermagem									0,014#
Não	11	40,7	11	21,6	7	12,5	29	21,6	
Sim	16	59,3	40	78,4	49	87,5	105	78,4	
Consulta de Psicólogo									0,000#
Não	24	88,9	12	23,5	17	30,4	53	39,6	
Sim	3	11,1	39	76,5	39	69,6	81	60,4	
Atendimento por A. Social									0,000#
Não	22	81,5	15	29,4	18	32,1	55	41,0	
Sim	5	18,5	36	70,6	38	67,9	79	59,0	
Atendimento por Farmacêutico									0,000#
Não	27	100,0	20	39,2	26	46,4	73	54,5	
Sim	0	0,0	31	60,8	30	53,6	61	45,5	
Atendimento por Téc. de Enfermagem									0,007#
Não	24	88,9	32	62,7	30	53,6	86	64,2	
Sim	3	11,1	19	37,3	26	46,4	48	35,8	
Atendimento por Auxiliar de Enfermagem									0,005#
Não	20	74,1	19	37,3	23	41,1	62	46,3	
Sim	7	25,9	32	62,7	33	58,9	72	53,7	
Visita Domiciliar									0,000#
Não	21	77,8	14	27,5	20	35,7	55	41,0	
Sim	6	22,2	37	72,5	36	64,3	79	59,0	
Busca ativa									0,154*
Não	27	100,0	47	92,2	52	92,9	126	94,0	
Sim	0	0,0	4	7,8	4	7,1	8	6,0	
Outras									0,043#
Não	26	96,3	37	72,5	44	78,6	107	79,9	
Sim	1	3,7	14	27,5	12	21,4	27	20,1	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Teste qui-quadrado

Quanto às atividades coletivas

A tabela 41 mostra a situação dos grupos em relação ao desenvolvimento de atividades coletivas de estímulo à adesão. O grupo 2 se destaca dos demais por desenvolver em maior proporção todas as alternativas. Predominam as palestras, condução de grupos de adesão e de outros tipos. O grupo 3 contém serviços que apresentam a segunda maior frequência na condução de grupos de adesão (que é a forma de maior importância) e de outras atividades coletivas. Embora existam serviços que desenvolvam quase todas as atividades relacionadas, estes o fazem em pequena proporção. Nos serviços do grupo 1 as atividades coletivas são inexpressivas. Além de poucas, a proporção de cada uma é pequena.

Tabela 41 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo as atividades coletivas de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Atividades coletivas nas quais a adesão é estimulada	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		P
	n	%	N	%	n	%	N	%	
Grupos de Adesão									0,000#
Não	26	96,3	26	51,0	30	53,6	82	61,2	
Sim	1	3,7	25	49,0	26	46,4	52	38,8	
Grupos de Mulheres									0,000*
Não	26	96,3	33	64,7	53	94,6	112	83,6	
Sim	1	3,7	18	35,3	3	5,4	22	16,4	
Grupos de familiares									0,000*
Não	27	100,0	31	60,8	54	96,4	112	83,6	
Sim	0	0,0	20	39,2	2	3,6	22	16,4	
Grupos de arte									0,000*
Não	27	100,0	35	68,6	51	91,1	113	84,3	
Sim	0	0,0	16	31,4	5	8,9	21	15,7	
Palestras									0,000#
Não	26	96,3	23	45,1	46	82,1	95	70,9	
Sim	1	3,7	28	54,9	10	17,9	39	29,1	
Sala de Espera									0,000#
Não	27	100,0	30	58,8	44	78,6	101	75,4	
Sim	0	0,0	21	41,2	12	21,4	33	24,6	
Grupos de Auto-ajuda									0,000*
Não	27	100,0	38	74,5	53	94,6	118	88,1	
Sim	0	0,0	13	25,5	3	5,4	16	11,9	
Café da manhã									0,016#
Não	27	100,0	38	74,5	43	76,8	108	80,6	
Sim	0	0,0	13	25,5	13	23,2	26	19,4	
Chás									0,019*
Não	27	100,0	47	92,2	56	100,0	130	97,0	
Sim	0	0,0	4	7,8	0	0,0	4	3,0	
Outras									0,000#
Não	27	100,0	27	52,9	47	83,9	101	75,4	
Sim	0	0,0	24	47,1	9	16,1	33	24,6	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Teste qui-quadrado

Quanto às atividades direcionadas para populações específicas

Quanto ao desenvolvimento de atividades para populações específicas, pode-se perceber na tabela 42 que esta abordagem é quase exclusiva dos serviços do Grupo 2. Ressalta-se que é o único grupo que abrange serviços que têm ações voltadas para usuários de álcool e drogas ilícitas, profissionais do sexo, portadores de lipodistrofia e baixa escolaridade. No grupo 3 as abordagens são dirigidas apenas a familiares e no grupo 1, a gestantes e familiares.

Tabela 42 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo populações específicas alvo de atividades de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Atividades direcionadas para populações específicas	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	
									0,000#
Não	24	88,9	0	0,0	54	96,4	78	58,2	
Sim	3	11,1	51	100,0	2	3,6	56	41,8	
Populações									
Gestantes									0,000#
Não	25	92,6	15	29,4	56	100,0	96	71,6	
Sim	2	7,4	36	70,6	0	0,0	38	28,4	
Usuários de drogas ilícitas									0,000*
Não	27	100,0	34	66,7	56	100,0	117	87,3	
Sim	0	0,0	17	33,3	0	0,0	17	12,7	
Usuários de álcool									0,000*
Não	27	100,0	38	74,5	56	100,0	121	90,3	
Sim	0	0,0	13	25,5	0	0,0	13	9,7	
Profissionais do sexo									0,000*
Não	27	100,0	28	54,9	56	100,0	111	82,8	
Sim	0	0,0	23	45,1	0	0,0	23	17,2	
Portadores de lipodistrofia									0,000*
Não	27	100,0	39	76,5	56	100,0	122	91,0	
Sim	0	0,0	12	23,5	0	0,0	12	9,0	
Baixa escolaridade									0,000*
Não	27	100,0	41	80,4	56	100,0	124	92,5	
Sim	0	0,0	10	19,6	0	0,0	10	7,5	
Familiares									0,000#
Não	26	96,3	22	43,1	54	96,4	102	76,1	
Sim	1	3,7	29	56,9	2	3,6	32	23,9	
Outros									0,000*
Não	27	100,0	32	62,7	56	100,0	115	85,8	
Sim	0	0,0	19	37,3	0	0,0	19	14,2	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Teste qui-quadrado

Quanto à utilização de material de apoio

As unidades do Grupo 2 utilizam mais materiais para apoiar o trabalho de adesão que as dos demais grupos, de acordo com o demonstrado na tabela 43. Sobressaem-se os folhetos, materiais áudios-visuais e fotos. Entretanto, o destaque é do Grupo 1 cujos serviços praticamente utilizam apenas folhetos.

Tabela 43 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo Material de apoio utilizado em atividades de estímulo à adesão nos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Material de apoio utilizado	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		P
	n	%	N	%	n	%	N	%	
Planilhas									0,005#
Não	27	100,0	35	68,6	41	73,2	103	76,9	
Sim	0	0,0	16	31,4	15	26,8	31	23,1	
Material áudio-visual									0,000#
Não	27	100,0	19	37,3	36	64,3	82	61,2	
Sim	0	0,0	32	62,7	20	35,7	52	38,8	
Folhetos									0,001#
Não	16	59,3	9	17,6	15	26,8	40	29,9	
Sim	11	40,7	42	82,4	41	73,2	94	70,1	
Frascos de medicamentos									0,000#
Não	23	85,2	22	43,1	23	41,1	68	50,7	
Sim	4	14,8	29	56,9	33	58,9	66	49,3	
Comprimidos avulsos									0,007#
Não	25	92,6	33	64,7	33	58,9	91	67,9	
Sim	2	7,4	18	35,3	23	41,1	43	32,1	
Fotos									0,014#
Não	23	85,2	29	56,9	43	76,8	95	70,9	
Sim	4	14,8	22	43,1	13	23,2	39	29,1	
Revistas									0,084#
Não	23	85,2	31	60,8	39	69,6	93	69,4	
Sim	4	14,8	20	39,2	17	30,4	41	30,6	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

Teste qui-quadrado

Quanto ao estabelecimento de parceria com organização não governamental

Conforme pode ser verificado na tabela 44, o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais está associado de modo significativo aos serviços do Grupo 2. Nenhum serviço do grupo 1 tem parceria estabelecida.

Tabela 44 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo parcerias entre Organizações Não Governamentais e os serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Parcerias com ONG	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	27	100,0	30	58,8	38	67,9	95	70,9	0,001#
Sim	0	0,0	21	41,2	18	32,1	39	29,1	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

Teste qui-quadrado

Quanto aos tipos de serviços

Os tipos dos serviços se associaram de forma significativa com a discriminação dos grupos, evidenciado na tabela 45. O grupo 1 é constituído principalmente pelos ambulatorios de especialidades. Mas também foi neste grupo que se localizaram a maioria das unidades básicas de saúde. No Grupo 2 predominaram os ambulatorios de HIV/aids e no Grupo 3, os ambulatorios de especialidades.

Tabela 45 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo tipos de serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Tipos de serviços	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		p
	n	%	N	%	n	%	N	%	
									0,000*
Amb. HIV/aids	0	0,0	25	49,0	21	37,5	46	34,3	
Amb. de Especialidades	16	59,3	19	37,3	26	46,4	61	45,5	
Amb. de hospital	3	11,1	2	3,9	4	7,1	9	6,7	
UBS	8	29,6	5	9,8	5	8,9	18	13,4	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

* Teste da razão de verossimilhanças

Quanto ao tamanho do município

O tamanho do município por sua vez, não mostrou associação estatisticamente significativa com o agrupamento dos serviços como demonstrado na tabela 46.

Tabela 46 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo tamanho dos municípios dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Tamanho dos municípios	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		P
	n	%	n	%	N	%	n	%	
									0,219#
≤400.000	24	88,9	37	72,5	41	73,2	102	76,1	
> 400.000	3	11,1	14	27,5	15	26,8	32	23,9	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

Teste qui-quadrado

Quanto ao porte dos serviços

Em relação ao porte dos serviços a distribuição entre os grupos também mostrou associação significativa, demonstrada na tabela 47. O Grupo 1 compreende majoritariamente os serviços de pequeno porte. Os Grupos 2 e 3 são compostos em maior proporção por serviços de médio porte, que estão uniformemente distribuídos entre ambos. Por sua vez a maioria dos serviços de grande porte estão localizados no Grupo 2.

Tabela 47 – Análise Multivariada - Agrupamento segundo porte dos serviços de HIV/aids do Estado de São Paulo, maio de 2007 (N = 134)

Porte dos serviços	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Porte		P
	n	%	n	%	N	%	n	%	
									0,010#
< 100	18	66,7	13	25,5	22	39,3	53	39,6	
≥ 100 e < 500	7	25,9	24	47,1	24	42,9	55	41,0	
≥ 500	2	7,4	14	27,5	10	17,9	26	19,4	
Total	27	100,0	51	100,0	56	100,0	134	100,0	

Teste qui-quadrado

Quadro 1 – Quadro resumo da análise multivariada – características dos grupos de serviços ambulatoriais de hiv/aids do estado de são paulo, maio 2007

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Formas de avaliação da adesão	Dispõem de uma única forma de avaliação da adesão: por meio da retirada da medicação na farmácia.	Apresentam todas as formas de avaliação. Predomina a retirada da medicação na farmácia. São os que mais utilizam planilhas e contagem de pílulas a cada retorno.	Apresentam todas as formas de avaliação. Predomina a retirada da medicação na farmácia. São os que mais utilizam o comparecimento às consultas e a retirada na farmácia.
Frequência de avaliação	Avaliam com menor frequência. Predomina a avaliação na intercorrência clínica ou laboratorial.	Avaliam com maior frequência. Predomina a avaliação na intercorrência clínica ou laboratorial. São os que mais avaliam a adesão nas consultas com psicólogos e com assistentes sociais.	Predomina a avaliação na intercorrência clínica ou laboratorial. São os que mais avaliam nas consultas com farmacêuticos.
Atividades individuais	Desenvolvem menos atividades individuais que os demais grupos. Predomina a consulta médica.	Desenvolvem mais atividades individuais que os demais. Predominam as consultas médica e de enfermagem. São os que mais desenvolvem consulta com psicólogo, assistente social, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, visita domiciliar e de outros tipos.	São os que mais desenvolvem consulta médica, de enfermagem e de técnico de enfermagem.
Atividades coletivas	Quase não desenvolvem atividades coletivas.	Desenvolvem mais atividades coletivas e em maior proporção que os demais grupos. Predominam palestras e grupos de adesão.	A maioria das atividades é desenvolvida em pequena proporção. Predominam os grupos de adesão.
Atividades direcionadas a população específica	Quase não desenvolvem. Apenas para gestantes e familiares.	Todos nos serviços desenvolvem. Apresenta a maior proporção em todas as populações relacionadas.	Praticamente não desenvolvem atividades direcionadas a populações específicas.
Material de apoio	São os que menos utilizam material de apoio. Predominam folhetos.	São os que utilizam mais material de apoio. Predominam folhetos e recursos áudios-visuais.	Predominam os folhetos. São os que mais utilizam frascos de comprimidos e comprimidos avulsos.
Parcerias com ONG	Não possuem parcerias.	Apresenta a maior proporção de parcerias.	Possuem a segunda maior proporção de parcerias.
Tipo de serviço	Predominam os ambulatórios de especialidades. Concentra a maior proporção das UBS.	Predominam os ambulatórios exclusivos de HIV/aids. Concentra a menor proporção de amb. de especialidades.	Predominam os amb. de especialidades. Concentra proporções próximas de amb. de especialidades e de HIV/aids.
Tamanho do município	Esta variável não teve poder para discriminar os grupos de serviços		
Porte dos serviços	A maioria é de pequeno porte. Apresenta a menor proporção de serviços de grande e médio porte.	A maioria é de médio porte. Apresenta a maior proporção de serviços de grande porte.	A maioria é de médio porte, seguido de forma muito próxima pelos serviços de pequeno porte.

4.4 Análise das questões abertas

4.4.1 Características dos questionários

Preenchimento do questionário segundo função dos respondentes:

Dos 136 questionários devolvidos, os gerentes preencheram 77 (56,6%). Este grupo foi composto por 32 coordenadores municipais (41,6%), 2 interlocutores¹⁴ de DST/aids (2,5%) e 43 pessoas (55,9%) diretamente responsáveis pela equipe ou serviço (diretores, chefes, supervisores ou responsáveis). Vale ressaltar que os coordenadores são responsáveis por Programas Municipais localizados em cidades de pequeno porte que possuem apenas um serviço ambulatorial que acompanha PVHIV e que geralmente conhecem bem e/ou participam do cotidiano dos serviços onde atuam também como técnicos. Embora as orientações tenham sido para que o questionário fosse respondido em conjunto com a equipe, apenas seis gerentes (7,8%) procederam desta forma (com pelo menos mais um membro da unidade).

Entre os 59 questionários respondidos pelos profissionais (43,4%), sete foram por dois ou mais membros da equipe e 52 por apenas um. A categoria que mais se responsabilizou pelas respostas foi a enfermagem (32 questionários), seguida dos médicos (11) e psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos com dois questionários cada. Três foram preenchidos por profissionais de outras categorias.

¹⁴ Cada uma das 27 GVE possui um interlocutor do PE DST/AIDS responsável pela implementação das ações programáticas nos níveis regionais e locais.

Influência da função do respondente na descrição do trabalho da unidade

Em 25 questionários (20,3%) percebemos certa influência da descrição do trabalho de acordo com a função de quem respondeu. Vinte (80%) foram respondidos por gerentes (14 coordenadores municipais e seis responsáveis pelas unidades) e cinco (20%), por profissionais (três enfermeiros, um assistente social e um médico).

Esta relação foi mais evidente nas respostas dos gerentes, que tenderam mais a generalizações que as dos profissionais, muitas vezes limitando-se a ressaltar a importância da questão.

“Tentamos sempre através de aconselhamentos a sensibilizar e conscientizar o paciente a adesão e a ONG através de palestras”.
Transcrição integral do questionário nº 22, respondido por coordenador municipal. De acordo com o questionário o serviço desenvolve oito atividades individuais e quatro coletivas.

“A adesão é trabalhada em todos os momentos em que o paciente toma contato com qualquer funcionário do [nome do serviço]. O [nome do serviço] foi implantado em 2002 quando foram reunidos o SAE que funcionava com outra gerência e o Hospital Dia. Passou a ter gerência única. Farmacêutica contratada em 2005”.

Íntegra do questionário nº 103, respondido por coordenador municipal. De acordo com o questionário o serviço desenvolve nove atividades individuais e três coletivas.

Em contraste, a descrição feita por um ou por alguns dos membros da equipe, mesmo quando igualmente genérica, tendeu a apresentar maior cuidado na narrativa das atividades da unidade:

“Em nosso serviço a adesão é avaliada pelo médico, enfermeiro, farmacêutico e psicólogo a cada atendimento. Fazemos atuação individual em “casos-problema” e atuação coletiva em sala de espera (palestras, jogos, folhetos, áudio-visual, etc.)”.

Transcrição integral do questionário n.º 68, respondido pelo médico. De acordo com o questionário o serviço desenvolve 4 atividades individuais e duas atividades coletivas.

Por outro lado, quando preenchido por apenas um profissional a resposta também tendeu à descrição das atividades deste profissional como sendo o trabalho de adesão da unidade:

“A adesão é realizada com a retirada dos medicamentos na unidade com a equipe de enfermagem e através das busca-ativas dos faltosos. Sempre que necessário (principalmente a pedido dos pacientes) são agendadas consultas médicas e de 6 em 6 meses realizado exames de carga viral e CD4 dos pacientes. No município contamos com a colaboração do grupo [cita o nome de uma ONG], na prevenção de DST/AIDS”.

Transcrição integral do questionário n.º 01, respondido por profissional enfermeiro. De acordo com o questionário o serviço desenvolve nove atividades individuais e uma coletiva.

“Início do tratamento: explicado do porque do início da terapia; adequação do horário da medicação de acordo com a rotina do paciente; explicação sobre a importância de tomar corretamente a medicação, comentando sobre mutações do vírus, risco de falha terapêutica caso seja interrompida a medicação, resistência cruzada dificultando muitas vezes o uso de novos antirretrovirais; importância da constância da tomada da medicação que ajuda a manter uma boa qualidade de vida; diminui o aparecimento de infecções oportunistas enquanto aguardamos uma vacina ou cura (esta consulta dura mais de 60 minutos); orientações sobre como oferecer os medicamentos. CONSULTAS DE ROTINA: Perguntas sobre como o paciente está se sentido com a medicação, sabor residual, quantos vidros ou comprimidos sobraram do mês anterior; É passado experiências de outras mães (no caso do meu atendimento) para auxiliar a aceitação e diminuir vômitos pós tomada”.

Íntegra do questionário nº 100, respondido por médica pediatra que também informou que o serviço dispõe de 5 atividades individuais e 3 coletivas.

É claro que as respostas mais abrangentes resultaram do preenchimento realizado por mais de um profissional da equipe, afinal a maior afinidade com o trabalho deveria refletir melhores descrições. Mesmo assim, a relação observada entre a função do respondente e a descrição do trabalho é expressiva. Pode ser consequência da pouca valorização que estes respondedores conferiram ao questionário ou dos limites do próprio

instrumento. Mas também pode evidenciar que o trabalho realizado não está institucionalizado, que é fruto da iniciativa dos profissionais e não de diretrizes do responsável pela unidade. Nesta situação os profissionais pouco conhecem o que o outro faz e consequentemente as ações de estímulo à adesão ocorrem desarticuladas das demais atividades do serviço.

4.4.2 Descrição geral das respostas

As questões abertas foram respondidas por 128 serviços (94,1%) e oito (5,9%) não utilizaram este espaço. Estes oito questionários foram preenchidos por dois coordenadores, três gerentes das unidades, dois enfermeiros e um médico.

Os gerentes descreveram o trabalho de adesão em 73 questionários (57%). Foram 30 (41,1%) coordenadores municipais, 41 (56,2%) responsáveis pelos serviços e 2 (2,7%) interlocutores. Os profissionais se responsabilizaram por 55 descrições (43%), sendo 29 (52,8%) enfermeiros, 10 (18,2%) médicos, dois (3,6%) assistentes sociais, dois (3,6%) psicólogos, dois (3,6%) farmacêuticos, três (5,5%) de outras categorias e sete (12,7%) foram preenchidos por dois ou mais profissionais.

Embora tenha havido descrições sumárias, limitadas a listagem das atividades que já estavam contempladas nas questões estruturadas, alguns serviços anexaram páginas aos questionários para seus relatos. Vale destacar que todos os serviços que relataram não realizar atividades coletivas ou individuais utilizaram este espaço para informar que pretendem realizar o trabalho.

De um modo geral a adesão foi referida como tema importante, incorporado às atividades rotineiras das unidades e abordada por todos os profissionais da equipe.

Rotina

A adesão foi expressa como atividade rotineira, disseminada entre os profissionais e incorporada no cotidiano dos serviços, em setenta e sete (60,2%) questionários. Perpassa transversalmente todos os atendimentos, sejam individuais ou coletivos. O paciente seria abordado em todos os momentos que procura a instituição. Aparentemente todos da equipe permanecem em estado de alerta para identificar irregularidades e estimular a adesão de alguma maneira. De modo interessante um serviço descreveu como “atitude de adesão”.

“Cada paciente é abordado dentro da área específica dos profissionais da equipe e posteriormente os casos são discutidos. A atitude de adesão foi implantada desde o início da dispensação dos ARV (...)”. (Questionário nº 106).

“A equipe toda treinada e muito tempo sem rotatividade demonstra muito envolvimento com o trabalho e amor no que faz, portanto a adesão para nós é a cada minuto que estamos com o paciente seja ele formalmente ou informal somente para uma visita sem agendamento na unidade. Todos sem exceção realizam um trabalho de adesão, porém temos dificuldades em grupos fechados por vários

problemas citados por eles ao comparecimento com mais frequência, porém a cada consulta médica e as demais (psicóloga, AS, nutrição, VD quando necessário) aproveitamos sempre a oportunidade para realizarmos a adesão de forma compromissada e resolutiva (...). (Questionário nº 13).

“Para a equipe deste serviço adesão é todos os momentos, todos os dias, em qualquer atendimento e em qualquer grupo (...). (Questionário nº 89).

As descrições reforçam nossas suspeitas sobre as atividades individuais informadas nas questões estruturadas, que seriam as consultas usuais dos profissionais, nas quais a adesão é abordada como parte da atividade e, portanto não se tratariam de atividades especificamente estruturadas e voltadas para o estímulo da adesão.

“Os pacientes chegam ao serviço, aguardam na sala de espera assistindo vídeos explicativos, e passam pela enfermagem e médico onde será perguntado a respeito do medicamento entre outras coisas que é conversado com o paciente”. (Questionário nº 40).

“(...) Compreendo que no [nome do serviço] a adesão é estimulada por todos os profissionais, mas não se consolidou como proposta sistemática, com compreensão única do seu significado e ações ordenadas no acompanhamento do paciente. Informamos que tal

preocupação permeia o trabalho diário dos profissionais e existem projetos a serem pensados de forma a unir setores do [nome do serviço] em ações para promover a adesão”. (Questionário nº 59).

“Para a equipe deste serviço adesão é todos os momentos, todos os dias, em qualquer atendimento e em qualquer grupo. Porém avaliamos que deve ser contínuo, pois é muito difícil estimular e garantir a adesão é um trabalho de perseverança”. (Questionário nº 89).

“O trabalho de adesão é realizado no dia a dia, em todas as oportunidades em que qualquer membro da equipe tem contato com o paciente (...)”. (Questionário nº 109).

Importância

Trinta e quatro serviços (26,5%) utilizaram este espaço para enaltecer a adesão como questão importante para a unidade e fundamental para o paciente. Estão incluídos neste total quatro dos cinco serviços que referiram não desenvolver atividades de estímulo à adesão.

Percebe-se de diversas formas, mesmo naqueles que não tem atividades implantadas, que o trabalho com a adesão mudou a rotina dos serviços. Parece que extrapolou as salas de atividades e alterou, mesmo que de maneira modesta, a organização do serviço ou o processo de trabalho, como se pode ver nos exemplos a seguir:

“Desde o início da implantação, 1999 que deu-se com a formação de grupos específicos com profissionais e usuários, esse trabalho originou uma discussão permanente com a equipe no sentido de incorporar a adesão como uma ação primordial com vistas a melhoria da qualidade de vida do paciente (...)” (Questionário nº42)

“(...) Desde setembro de 2006 iniciamos as reuniões de equipe para discussão dos casos novos e problemas visando melhorar a adesão (...)” (Questionário nº 125).

“Toda vez que o paciente é inserido no programa de DST/AIDS e faz uso dos anti-retrovirais, é encaminhado p/ consulta de enfermagem, onde é explicado detalhadamente a necessidade da adesão ao tratamento”. (Questionário nº 45).

Informação e orientação

Na descrição do trabalho de adesão a dimensão do conhecimento foi a mais referenciada e, portanto valorizada. Informar, orientar, educar, explicar, esclarecer, conversar e dialogar foram as características centrais do trabalho de 63 serviços. Para alguns o componente informativo se constituiu praticamente no único instrumento do trabalho:

“O paciente na consulta médica recebe a 1ª orientação do uso do ARV pelo médico. Em seguida segue com orientações pela educadora e assistente social. A ênfase na adesão do ARV é feita pela farmacêutica que detalha c/ o paciente a questão de interações

c/ alimentos e outros medicamentos. E para que o paciente fique ciente e tenha adesão é entregue a cartilha com orientações. [Nome do município] é sede de micro região (6 municípios) e estamos aguardando a implantação do SICLOM”. (Questionário nº 25)

“Palestras regulares com informações relacionadas ao HIV (Infecção; doença), tratamento, exames, direitos e deveres, educação alimentar entre outras informações expostas em data show”. (Questionário nº 31)

Valores

Foi possível perceber alguns valores embutidos nas descrições. Éticos, técnicos ou humanos, foram expostos quase sempre como facilitadores do trabalho por possibilitarem ambiente oportuno.

Integralidade

A integralidade aparece como uma proposta ética inserida, de modo mais ou menos explícito, nas atividades dos serviços e principalmente nas formas como referem abordar os pacientes. Sem questionarmos a precisão do termo ou o entendimento acerca dele, aceitamos sua apresentação de forma diversificada e o significado a ele atribuído, que se configurou de modo próprio como expressão de boas práticas em saúde na medida em que representa a busca para superar a fragmentação da assistência.

Vale ressaltar que mesmo de forma abstrata a integralidade apareceu como assistência integral que compreende o paciente além da dimensão biológica, considerando o contexto de vida e a história de cada um sobre os agravos à sua saúde. Com a noção embutida nas descrições, foi referida com maior frequência (por 26 serviços) como atenção integral baseada nas necessidades apresentadas por cada um, que considera questões objetivas e subjetivas, ou simplesmente citada como atendimento, cuidado ou saúde integral.

“(...) Todas as atividades do serviço social (individuais ou em grupo) objetivam a adesão ao tratamento, a partir do conceito de promoção à saúde; considerar a saúde integral dos usuários e os determinantes sociais que atuam no processo saúde-doença”.
(Questionário nº 60)

“O trabalho de adesão deve contemplar o vínculo da pessoa com HIV/AIDS ao serviço, ressaltando a importância do cuidado integral, ou seja, social, emocional (clínico-social) e do orgânico (clínico-medicamentoso). Para isto, o serviço precisa estar aberto ao atendimento individual e em grupo, proporcionando espaços de reflexão sobre a aceitação da doença, com seus preconceitos e compartilhando dúvidas e conflitos. Espaços criativos construídos pelos diversos atores e que proporcionem a percepção, conhecimento e entendimento da situação de ser portador do HIV/AIDS e para o auto-cuidado (importância também para as

consultas, exames, uso de medicamentos, etc.) buscando a saída do isolamento para o convívio social auxiliando-o ao movimento de ocupar o lugar de sujeito de sua vida e da sua saúde (...)” (Questionário nº75)

Nenhum serviço abordou a integralidade sob a perspectiva da organização e articulação dos recursos nos diferentes níveis de atenção para garantir o acesso aos serviços e, por conseguinte ao cuidado integral.

Singularidade

Perceber que cada paciente possui necessidades distintas e características que diferenciam suas elaborações e respostas foi apontado por 28 serviços como fundamental para o sucesso do trabalho. De um modo geral a abordagem foi descrita como individualizada, estruturada a partir de demandas trazidas pelo próprio paciente, considerando a história de vida de cada um. Entretanto, salvo exceções, tanto as avaliações quanto as intervenções parecem restritas às questões biomédicas.

“Em nosso serviço, o trabalho de adesão é realizado através do compromisso dos profissionais com o tratamento, durante o atendimento, conhecendo melhor o paciente e os problemas que possam estar intervindo neste trabalho. Neste processo é muito importante respeitar a individualidade e história de vida de cada um. Em relação à TARV mantemos o estoque e o acesso de medicamentos, garantindo a continuidade do mesmo. Avaliação

constante em prontuários e relatórios do dispensário são instrumentos importantes disponíveis e usados para esta avaliação. Procuramos envolver a equipe neste trabalho, discutindo os casos no dia a dia”. (Questionário nº 19)

“A adesão ao Programa é um processo desenvolvido entre o cliente e profissionais de saúde. Depende das necessidades e da história de cada um. Está relacionado aos seguintes aspectos: aceitação à doença, acesso ao serviço de saúde, regularidade nas consultas, frequência na realização dos exames, cuidado com alimentação e a higiene, atenção de ordem psicossocial, como aceitação da doença e administrar de forma correta os medicamentos prescritos, com isso o indivíduo resgata a vida afetiva o controle da auto-estima e volta a desenvolver atividades profissionais normalmente”. (Questionário nº 24)

Corroborando esta avaliação, boa parte dos relatos nos leva a crer que os profissionais investigam o contexto de vida do paciente e utilizam as informações obtidas para encontrar meios de convencê-lo a fazer o que o profissional acredita ser o melhor para ele, mesmo que alguns tenham deixado claro que discordam de abordagens que busquem persuadir o paciente a tomar os remédios:

“Conscientizar/educar o usuário para a importância do acompanhamento para sua vida. São diversos os tipos de abordagem que usamos, pois, depende do tipo de personalidade e

modo de vida do usuário. O básico é fazer o mesmo refletir sobre o impacto do uso da medicação, seus efeitos e o motivo do seu acompanhamento regular no serviço e quais as responsabilidades das partes envolvidas (usuário e serviço). Enfim como incorporar a nova realidade na sua rotina”. (Questionário nº61)

“1- Explicar a importância. 2- Entender os motivos para a não adesão. 3 - Adequar posologia (esquemas 1X/d são muito mais fáceis). 4- Tratar quadros depressivos”. (Questionário nº 126).

Acolhimento

O acolhimento foi referido com muita frequência e mesmo sem ter sido conceituado, nos parece que a perspectiva relacional foi a mais valorizada. A forma de se relacionar com o paciente (acolhedora, humana, compreensiva, etc.) é entendida como inclusiva e favorecedora da construção de relação de confiança, solidária e humanizada. Mesmo com indícios de ocorrer como atitude voluntária de bondade e favor, a perspectiva ética do acolhimento pôde ser percebida em 26 serviços pela referência ao compromisso e responsabilização dos profissionais com o reconhecimento do paciente como “pessoa doente”, no seu contexto de vida e relações sociais.

“O trabalho de adesão deve envolver toda equipe, da recepção até a equipe médica. Como sabemos através de pesquisas de adesão, a maior ou menor adesão a TARV está intimamente ligada ao modo que o serviço está estruturado, ou seja, ao modo que o cliente é “assistido” no serviço. A adesão começa quando o indivíduo é

recebido no serviço e a forma que ele é encaminhado (...).
(Questionário nº 105)

“O trabalho de adesão deve estar inserido em todos os procedimentos realizados no serviço. O paciente que se sentir acolhido irá primeiramente aderir ao serviço e criar vínculos com os profissionais da equipe. (...)”. (Questionário nº 108).

A referência ao acolhimento ocorreu sempre associada à postura do profissional no encontro com o paciente. Em poucos questionários pudemos percebê-lo como propõe o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006) como forma de atender a todos que procuram o serviço com resolutividade e responsabilização, constituindo-se em atividade e instrumento de ampliação do acesso aos serviços.

“O trabalho de adesão é realizado pela equipe num trabalho interdisciplinar, que se inicia com a chegada do portador ao nosso serviço, através do acolhimento, quando são detectadas pelo profissional que faz o primeiro atendimento (que pode ser qualquer profissional da equipe) suas necessidades primordiais. A adesão visa criar um vínculo de confiança e de "troca" com o serviço, onde se garanta a construção de uma relação equipe-paciente, pautada no respeito à dignidade destas pessoas, oferecendo um atendimento integral, que garanta o atendimento das necessidades para o seu

acompanhamento/tratamento objetivando a melhoria de qualidade de vida (...)" (Questionário nº 20)

Diálogo

Os profissionais parecem atentos à importância do diálogo como componente básico da intervenção clínica. Referido de diversas formas (colocar-se à disposição, compreender, ser flexível, aceitar escolhas, explicar o que for necessário, etc.), o diálogo esteve fortemente associado ao trabalho de adesão em 24 serviços. No geral foi apresentado como possibilidade de promover reflexão sobre a convivência com o tratamento e mobilizar para mudanças de atitudes.

Vínculo

Vários serviços relataram a importância da boa relação entre profissional e paciente. Muitos atributos foram apontados nos questionários como importantes requisitos para o bom relacionamento. Entre estes se sobressaíram um conjunto de qualidades que diz respeito a capacidade de comunicação (referido como comunicar-se direito, saber negociar, ter conversa ampliada, escuta qualificada, etc.), compreensão, flexibilidade, tolerância, confiança, respeito ao paciente, não tratá-lo apenas como resultado de laboratório, mas como uma pessoa, etc. Todos os atributos foram apontados como favorecedor à formação do vínculo, de uma relação de confiança. Manter um bom vínculo com o paciente foi referido por 18 serviços como primordial para o trabalho da adesão.

“O principal é fortalecer o vínculo do paciente com a unidade, com os profissionais e a partir daí com o tratamento em si”. (Questionário nº 73)

“Durante a consulta médica e atendimento multiprofissional os usuários são estimulados a aderir ao tratamento, demonstrando melhoras na qualidade de vida através do vínculo afetivo estabelecido com a equipe do ambulatório, ou seja, o enfoque dado está no vínculo com o usuário”. (Questionário nº 57)

Qualidade de vida

Vinte e um relatos fizeram referência à qualidade de vida. Sempre de modo impreciso, foi mencionada ora como consequência ora como incentivo da adesão: a adesão melhora a qualidade de vida e a qualidade de vida aumenta a adesão. Mesmo sem definição, sua noção foi associada a ações que objetivam aumentar o bem estar, auto-estima e a inclusão, principalmente no âmbito de atividades que possibilitem a geração de renda e sociabilização.

“Além destas atividades [referência às respostas das questões estruturadas], pelo menos uma vez ao mês promovemos comemorações para os pacientes em datas festivas, como dia das mulheres, festas juninas, dia das mães. Realizamos também periodicamente brechós para pacientes, onde os mesmos também vendem suas produções artesanais. Essas atividades visam melhorar a qualidade de vida e secundariamente a adesão. Atualmente estamos em fase da construção de um espaço para

atividades físicas (academia), surgido da demanda do grupo de caminhada. Temos outros projetos que indiretamente visam melhorar a adesão das PVHIV ao tratamento não abordando diretamente a questão da tomada de medicações. Temos o projeto (nome do projeto) que trabalha com customização de roupas, realizadas por PVHA; o projeto de hortas, realizado junto com o Ceasa e uma casa de apoio e usuários do (nome do serviço)". (Questionário nº 135)

"O trabalho de adesão consiste em conscientizar e informar o paciente que o tratamento feito da forma correta só trará benefícios a ele melhorando a sua qualidade de vida". (Questionário nº98)

"Várias atividades são feitas com pacientes no sentido de motivarem a adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida (palestras, distribuição de cestas básicas, encontros semanais, café da manhã ã na coleta de carga viral e CD4), etc.". (Questionário nº 131)

Respeito

O respeito foi ressaltado de diferentes maneiras por 14 serviços: respeito à dignidade, aos desejos, limitações, sigilo e à privacidade do paciente.

"Temos um grupo pequeno de pacientes em uso de ARV. Então o atendimento é feito individualmente e nas consultas, visitas, entrega de medicamentos. O enfermeiro responsável sabe exatamente quais são os pacientes aderentes e acompanha a adesão com muita

atenção. Alguns pacientes são visitados, com concordância do mesmo. Pensamos em grupo de pacientes, mas como é unidade mista e devido ao pequeno nº de pacientes é mais difícil". (Questionário nº 36)

"Atendimento individual baseado no respeito ao paciente, seus desejos e também suas limitações". (Questionário nº 43)

Responsabilidade e compromisso

A responsabilidade e compromisso do paciente foram apontados por 11 serviços, sendo que a responsabilidade do profissional neste processo foi referido por apenas cinco. Entretanto, o compartilhamento de decisões, a co-responsabilidade, não ficou claro em nenhum questionário.

"O trabalho de adesão do portador de HIV/AIDS e coinfeções são continuados, o paciente tem que sentir o acolhimento da equipe multiprofissional e criar vínculo, a adesão deve ser avaliada não só pela tomada regular dos ARVs, mas com consultas regulares e o paciente deve ter a equipe como pessoas de confiança tanto para manter sigilo como também poder abrir as dificuldades de abstinência de drogas e outras dúvidas que dificultam melhoram sua qualidade de vida. Adesão é diretamente ligada a auto-estima, portanto temos que como equipe tentar descobrir no grupo de pacientes o que nosso serviço, a musicoterapia e o artesanato tem tido bons resultados, é importante o portador de HIV/AIDS sentir e

não só escutar, que ele pode ter uma qualidade de vida tão boa quanto qualquer outro cidadão. Promover adesão é acolher, entender, mas também dar responsabilidades aos pacientes. Já que todos temos direitos e deveres". (Questionário nº 56)

"Considerando o aumento da demanda ambulatorial, buscando a otimização de recursos humanos preservando o espaço conquistado até então em trabalhos de adesão e garantindo a qualidade da assistência, sinônimo "ADESÃO", temos por absoluta falta de tempo e recursos humanos nos dedicado enfaticamente às orientações na pós consulta de enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) desde o primeiro atendimento e em todos os retornos, de forma gradativa e abrangente visando o entendimento pleno do diagnóstico, seu caminhar, clínico e laboratorial, tornando-o ciente da sua responsabilidade e compromisso para eficácia e efetividade do tratamento e das ações da "EQUIPE". "NÃO HÁ ADESÃO SEM COMPREENSÃO DE UM DIAGNÓSTICO E DO QUE DELE DECORRE EM SUA MAGNITUDE E TRANSCENDÊNCIA, QUER SEJA PARA O PACIENTE QUANTO PARA O PROFISSIONAL". "Sem o envolvimento do profissional com o seu cliente e sua causa todo trabalho se perde". (Questionário nº 7)

Outros

Melhora da auto-estima, o estabelecimento de relação de confiança e a humanização do serviço foram considerados coadjuvantes no estabelecimento da adesão por seis, cinco e dois serviços respectivamente.

Poucos serviços informaram que o trabalho desenvolvido está apoiado no estímulo de um papel mais ativo, com maior responsabilização e autonomia do paciente sobre sua saúde e tratamento, sempre adotando como ponto de partida sua própria realidade. O protagonismo foi citado por quatro serviços como essencial para a convivência com o tratamento e melhor adesão.

Concepção de Adesão

Vinte e cinco serviços deixaram explícito que o trabalho com adesão não se restringe à discussão do uso dos ARV. Ampliar o foco da medicação e abordar a pessoa como um todo surgiu como um norte na maioria dos relatos.

“O trabalho de adesão é um processo que pode ser entendido como a concordância entre a prescrição médica e o comportamento adotado pelo paciente em relação a tomada do medicamento (frequência, dose ingerida e horário). Está relacionado com a qualidade de vida, envolvendo não apenas a tomada do medicamento, mas um conjunto de ações como: a disponibilização de acesso aos serviços de saúde, a regularidade as consultas, a frequência nas realizações dos exames, os cuidados com a alimentação, a higiene, o conhecimento e aceitação da patologia, o uso de medidas de prevenção secundária, entre outras. Paciente x

profissional de saúde, onde cada um tem sua parcela de responsabilidade”. (Questionário nº 119)

“No Programa de Atendimento a Portadores de HIV/AIDS a adesão é trabalhada através de questões objetivas e subjetivas. São verificados horários da tomada da medicação e quantidades (checados com resultados de exames de CD4 e carga viral), datas dos últimos exames (dentro do prazo) conhecimentos sobre a doença, utilização do preservativo, bem como significado e impacto da doença sobre a vida psicossocial dos pacientes. É fornecido aconselhamento em DST/AIDS sempre que necessário. A Equipe procura enfatizar para o paciente a importância da adesão ao programa como um todo, uma vez que fatores psicossociais influenciam na diminuição da adesão à terapia anti-retroviral”. (Questionário nº 70)

Muitos serviços valorizaram a dimensão subjetiva, resgate da auto-estima e re-significação da vida como uma finalidade e ao mesmo tempo um meio para melhorar adesão aos medicamentos. Alguns poucos foram mais além e referiram que as ações devem primar pelo fortalecimento do sujeito para superar dificuldades internas e externas, promover a re-inserção social e no mercado de trabalho.

“A adesão, na visão da nossa Equipe, depende de variáveis acima de tudo individuais, sociais e culturais do usuário, e buscamos a redução destas vulnerabilidades nos nossos pacientes como

instrumento de mudança de comportamento e da adoção de uma postura ativa, de protagonismo para assumir com completa compreensão e crítica seu tratamento, contando com o apoio de nossos profissionais”. (Questionário nº 28)

“Nós oferecemos cursos de informática a pacientes e comunidade, com o intuito de melhorar mão de obra facilitando a entrada no mercado de trabalho o que melhora sua auto-estima e, portanto tem melhor adesão ao serviço e ao tratamento. O conceito usado por nós para "adesão" é amplo não se restringindo ao uso de remédio apenas”. (Questionário nº 91)

Entretanto, 49 serviços focaram a descrição do trabalho prioritariamente nos aspectos biomédicos relacionados ao tratamento como informações acerca da doença, conseqüências da não-adesão, horários e efeitos adversos da medicação. Ressalta-se que entre estes estão alguns referiram que o trabalho com adesão deve abranger questões mais amplas.

“A melhor maneira de acolhimento do paciente-cliente quando do início do seu tratamento e a importância da regularidade de consultas médicas, e do uso correto da medicação conforme prescrição”. (Questionário nº 5)

“Avaliação psicológica do paciente em conjunto com suas atividades diárias. Perguntas sobre tamanho de medicação, cor dos

comprimidos, o horário, e quantos são ingeridos. Orientação sobre a necessidade de medicação e como a mesma interage com os vírus e o organismo”. (Questionário nº 35)

“O trabalho de adesão é realizado no que se refere a aceitação do paciente a fazer uso da medicação, conscientização dos benefícios da mesma ao paciente, da qualidade de vida com o uso da medicação. Através das visitas domiciliares, realizamos o acompanhamento desses pacientes, verificando o uso regular da medicação, orientando esse paciente a diversas dúvidas que o mesmo possa apresentar”. (Questionário nº 50)

A Prática

A descrição do trabalho demonstra de um modo geral que os valores e concepções apresentados nem sempre conseguiram ser traduzidos em diretrizes de modo a organizar a prática individual ou coletiva.

Para encorajar o paciente a freqüentar as atividades 21 serviços informaram que utilizam incentivos: 18 usam cafés ou chás durante ou após as atividades e três distribuem cestas básicas.

Acolhimento e aconselhamento

A importância do acolhimento e aconselhamento foi ressaltada nos questionários de modo recorrente. Bastante mesclados e atrelados um ao outro foram referidos como elementos presentes nos atendimentos, aparentemente

como tecnologia de abordagem. Poucos os apresentaram como favorecedores da reflexão, mobilização de recursos internos e da elaboração de conflitos.

“O trabalho de adesão é fruto de um esforço multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e voluntários treinados (além dos pacientes) todos trabalhando conjuntamente no sentido de compreender as questões envolvidas com a tomada correta dos medicamentos segundo as recomendações médicas, acolhendo e aconselhando os pacientes individual e coletivamente para encontrar recursos internos para compreender e conviver com este tratamento, seus potenciais efeitos colaterais, ressaltando sua importância e as implicações do uso incorreto, adequando este tratamento à rotina de vida e às ansiedades de cada um, elaborando estratégias para trabalhar as dificuldades (...)”. (Questionário nº71)

Entretanto, para quarenta e nove serviços os modos de acolher e aconselhar parecem limitados a uma conversa com o paciente que tem por principal objetivo informar, explicar e orientar. Nenhum questionário citou claramente o acolhimento ou o aconselhamento como atividades específicas e independentes de outras consultas.

“É uma sequência de informações e demonstração da necessidade e do benefício do uso correto do medicamento. Entendemos este trabalho como aconselhamento constante e presente em todo

processo de assistência ao doente, familiares e/ou responsáveis (instituições)” (Questionário nº 14).

“A adesão é feita individualmente expondo ao paciente que seu estado de saúde tem que ser tratado com responsabilidade e que só depende dele mesmo para a melhora ou piora do quadro clínico. Além do aconselhamento verbal, procuramos sensibilizá-lo também com folhetos e fotos relacionados ao assunto”. (Questionário nº47)

“(…) Consulta de enfermagem para aconselhamento e a importância da medicação na hora certa (...)”. (Questionário nº76)

“O paciente que inicia a medicação passa nos setores de aconselhamento para orientação da administração e horários. Quando o paciente retira o medicamento é anotado em prontuário o nome da medicação e quantidade. Ao retirar a medicação for percebido - não adesão - o paciente é encaminhado para o aconselhamento”. (Questionário nº 95).

Para alguns o trabalho de adesão é um diálogo informal, uma conversa na qual é explicada a necessidade da adesão e os malefícios e benefícios do tratamento.

“Acolher e conversar com o paciente, de forma a identificar as dificuldades dele em aderir ao tratamento, bem como estimular a adesão. (...)” (Questionário nº 62)

“Diálogo com o paciente explicando-lhe a importância de adesão ao tratamento, modo de ingestão das medicações, horários, bem como função da medicação frente à doença”. (Questionário nº 03)

“A adesão é o foco principal observado por todos os profissionais desta unidade. A conversa informal é o principal meio de averiguação da adesão. não temos planilhas de controle”. (Questionário nº110)

Para 13 unidades o paciente precisa de estímulo, incentivo, motivação e reflexão para atingir a boa adesão. Para outras nove, é suficiente conscientizar, educar e convencer o paciente.

“Tentamos sempre através de aconselhamentos a sensibilizar e conscientizar o paciente a adesão e a ONG através de palestras”. (Questionário no 22).

“Acolher e conversar com o paciente, de forma a identificar as dificuldades dele em aderir ao tratamento, bem como estimular a adesão (...)” (Questionário nº62)

“Conscientizar o paciente sobre a importância da TARV adotada constantemente (consultas médicas, enfermagem). Motivar o paciente em relação aos benefícios de m tratamento adequado (fotos, relatos de grupo de adesão)”. (Questionário nº 27)

Fluxo do trabalho de adesão

Pela forma que foi descrito, pudemos constatar que em seis serviços havia maior estruturação do trabalho, com fluxo mais definido para as atividades de adesão oferecidas na unidade.

“O paciente não aderente é identificado pela equipe, que encaminha para o serviço social. Este serviço realiza a primeira consulta de avaliação para identificar qual a razão da não aderência. Em alguns casos é suspensa a dispensação de antirretrovirais e inicia-se uma série de consultas que podem durar de 3 a 10 sessões, onde efetuamos o esclarecimento sobre a doença e suas etapas, tratamento e realidade social, finalizando com uma proposta conjunta, paciente e profissional, de tratamento. Tentamos, por várias vezes, realizar um trabalho em grupo com os não aderentes, porém, em função das características e distâncias geográficas (alguns municípios com até 120 km de distância) não obtivemos êxitos”. Questionário nº 136, respondido por enfermeiro, cujo serviço tem quatro atividades individuais e nenhuma coletiva.

“Consultas médicas/enfermagem/s. social/retirada de medicação na farmácia. Se há verificação de adesão inadequada, o paciente é encaminhado para consulta individual com a equipe de adesão, composta por 01 assistente social; 01 médico; 01 psicólogo; 01 farmacêutico; 01 enfermeira. Após avaliação inicial que pode ser com qualquer um dos profissionais citados, o paciente é encaminhado p/ retornos programados, com o profissional melhor

capacitado p/ auxiliá-lo (p. ex, ass. social, psicóloga, etc.)”.

Questionário nº 69, respondido por médico cujo serviço desenvolve quatro atividades individuais e três coletivas.

Em cinco serviços não conseguimos perceber se existia tal organização. Acreditamos que nos 117 o trabalho ocorre sem maior articulação e estruturação dentro da unidade.

Público alvo

Apenas em oito serviços conseguimos identificar atividades dirigidas a pacientes supostamente não aderentes. Nos demais, aparentemente, as atividades são desenvolvidas aleatoriamente para aqueles que estão presentes na instituição no momento em que ocorrem. Logicamente, ressalvam-se as abordagens individuais, que são realizadas assim que suspeita a não-adesão. Ressaltamos que quando identificada a não-adesão, o paciente participará de uma destas atividades ditas “abertas”, ou seja, que não possuem critérios de seleção da população.

O trabalho em equipe multidisciplinar

Citada como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade ou mais comumente, trabalho em equipe, a preocupação com a prestação da assistência pôde ser percebida na grande maioria dos serviços como um caminho para atingir a visão integral do paciente e melhorar a capacidade de intervenção.

A atuação de profissionais de diferentes categorias foi informada pelos serviços como trabalho em equipe. Entretanto, a descrição demonstra uma prática de ações isoladas sem aparente articulação entre elas, distante da multi/interdisciplinaridade alegada e desejada.

“Individual: médico, enfermeiro, aux/técnico enfermagem, psicologia, serviço social, com intervenção e orientações diretas. Grupal: trocas de experiências de literaturas de diversos enfoques”. (Questionário nº 16)

“A adesão é trabalhada nos atendimentos individuais e coletivos, sendo utilizados materiais educativos. É feito pela equipe multidisciplinar”. (Questionário nº 21)

Em algumas situações o referido “trabalho multi/interdisciplinar” se assemelha a uma maratona de atividades submetida ao paciente. Obviamente isto não favorece a construção da visão integral do sujeito. Ao contrário, algumas situações aparentam um processo de trabalho fragmentado e desarticulado, no qual cada profissional intervém com o conhecimento específico que compete à sua categoria, de modo individual e solitário e parece caber ao paciente a responsabilidade de “integrar” as intervenções sofridas e “traçar” seu próprio plano terapêutico: Embora rotineiras, as atividades ocorrem de modo isolado e fragmentado.

“O trabalho de adesão se inicia durante a consulta médica com desenvolvimento de bom relacionamento médico-paciente para criar-se o vínculo de confiança, esclarecimento quanto a modo de ação dos medicamentos, a necessidade do uso regular e criterioso para manter o nível plasmático adequado e atingir o sucesso terapêutico, além de mostrar as interações com outras drogas e efeitos colaterais e reforçar a posologia. Segue pela orientação da técnica de enfermagem que reforça o uso regular e esclarecimentos quanto à posologia, com retorno agendado e abertura para retorno eventual. Na farmácia a avaliação da adesão é realizada através do registro em sistema informatizado do retorno mensal e reforço das orientações posológicas. Para os pacientes menos aderentes é oferecido entrevista com a farmacêutica, em sala individualizada, digito, reservada, onde se busca identificar as dificuldades que levam a sua adesão e estímulo através da atenção e esclarecimentos posológicos e através de instrumentos facilitadores do uso correto das medicações”. (Questionário nº66)

“Enfermeiras: é realizado primeiramente um trabalho de acolhimento, onde se prima pela humanização, esclarecendo o diagnóstico e colocando a equipe à disposição para todo o processo de tratamento. Assistente Social: realizamos orientação, visita domiciliar, busca ativa. Nutricionista: o vínculo com as crianças e as mães, através das orientações nutricionais e do fornecimento de

fórmulas infantis contribui com a adesão ao tratamento principalmente das crianças”. (Questionário nº113)

Embora não tenhamos investigado a composição do conjunto dos profissionais, 62 serviços (48,4%) informaram espontaneamente que contam com a equipe multidisciplinar e/ou relacionaram categorias profissionais que existem nas unidades indicando sua multidisciplinaridade.

Considerando que o trabalho em equipe requer minimamente do serviço uma organização que privilegie a interação entre os diferentes profissionais, encontramos poucos indícios de arranjos institucionais que possibilitem este trabalho. Do total que relataram dispor de equipe multiprofissional, apenas 13 (10,2%) mencionaram a existência de reuniões de equipe e/ou discussão de casos. Este dado pode estar subestimado e não refletir a realidade, uma vez que o questionário não abordou a organização técnica do trabalho. Entretanto, acreditamos que a escassez de relatos acerca de espaços institucionalizados para troca entre os profissionais, pode ser considerada significativa. Pesquisas anteriores já apontaram a fragilidade dos serviços na condução de reuniões de equipe. Estudo conduzido em sete estados brasileiros para avaliar a qualidade do atendimento nos ambulatórios de HIV/aids, em 2001 e 2002, encontrou que 68,6% não realizavam reuniões sistemáticas de trabalho (MELCHIOR et al., 2006). Em 2007 este dado caiu para 57,8%, na avaliação nacional da qualidade da assistência ambulatorial em aids conduzida pelo PN DST/AIDS. (Nemes e Alencar, 2008)

Estratégias diferenciadas

Seis serviços referiram oferecer abordagem diferenciada para quem está iniciando o tratamento antirretroviral, sendo que a maioria se limitou a reforçar a orientação médica por outro profissional (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo ou assistente social). Dois informaram solicitar retorno após 15 dias de tratamento e um que a consulta médica tem maior duração que as demais para possibilitar maior atenção.

A não-adesão foi enfrentada de modo singular por 11 serviços: três realizam consulta de adesão vinculada a sessões de retornos agendados; dois empregam dose fracionada dos antirretrovirais em pacientes faltosos nos seus agendamentos rotineiros; medicação supervisionada; avaliação constante de prontuários; trabalho em equipe antes da introdução são alguns exemplos da diversidade de atividades oferecidas. Chama atenção que dois serviços referiram realizar um trabalho preventivo por meio do monitoramento da carga viral. Quando se mostra alterada o paciente é chamado para avaliação.

Envolvimento do gerente

A utilização de instrumentos gerenciais, demonstrado pelas referências a reuniões, discussão de casos em equipe, controle da retirada da medicação na farmácia, controle do comparecimento às consultas e busca ativa de faltosos foram estratégias descritas por 32 serviços.

Exceto a busca ativa de pacientes, atividade tradicional nos serviços de saúde, e o controle da retirada da medicação na farmácia, atribuição dos farmacêuticos, as demais atividades informadas usualmente não são desenvolvidas na ausência de determinada organização administrativa. Estes aspectos organizacionais poderiam indicar envolvimento do gerente na

estruturação do trabalho de adesão. Entretanto, sua participação não foi ressaltada nem sequer mencionada, mesmo nos questionários respondidos por eles. A adesão foi quase exclusivamente tratada como atribuição dos técnicos da equipe multidisciplinar. Por conseguinte a escolha das atividades, diretrizes éticas ou técnicas, fluxo, etc. aparentemente estão a cargo do livre arbítrio dos profissionais. A maior aproximação do gerente que pudemos perceber foi no sentido de “estimular” a equipe para que desenvolvam atividades.

“Em nosso serviço o incentivo a adesão fica a cargo do médico que assiste ao paciente, portanto com técnica própria”. (Questionário nº74)

“Não há um trabalho implantado oficialmente, é realizado pelo médico e enfermeira individualmente diretamente com o paciente”. (Questionário nº78)

“Devemos orientar o paciente sobre a doença e co infecções, o papel dos anti-retrovirais e efeitos adversos, noções sobre microbiologia e imunologia. Estimulo sempre a equipe multidisciplinar a executar atividades coletivas, porém temos sério problema de espaço físico. (Questionário nº 37).

Embora disponham de instrumentos gerenciais para avaliação e monitoramento da adesão, nem sempre os serviços conseguem aproveitá-los da maneira mais eficiente. Sem fluxo definido, as atividades ocorrem

desarticuladas umas das outras. Poucos parecem realizar sistematicamente a busca de faltosos e em raros casos (cinco) conseguimos perceber os critérios que deflagram este processo. A maioria não informou se convoca o paciente quando é detectado abandono ou irregularidades nas retiradas das medicações. Abordá-lo quando retorna espontaneamente ao serviço foi a ação mais frequente.

“Quando o paciente inicia a TARV ele sai do consultório médico com a prescrição e vai até a UDM (Unidade de Distribuição de Medicamentos) onde são fornecidos os medicamentos pelo farmacêutico que orienta ao paciente qual a importância de se aderir corretamente aos medicamentos, assim como posologia, efeitos adversos, interações e armazenamento dos mesmos. A adesão dos pacientes que já utilizam a TARV há certo tempo é avaliada de acordo com a periodicidade da retirada dos medicamentos na UDM. Caso se constate que o mesmo não está aderindo o paciente é orientado pelo médico e pelo farmacêutico sobre os riscos que corre e lhe é entregue "cartilha" sobre adesão (distribuídas pela indústria farmacêutica)”. (Questionário nº 38)

“Acredito que a adesão ao tratamento deve ser trabalhada por todos os profissionais que atendem os pacientes. Aqui no [nome do serviço], mensalmente é feita a estatística da farmácia que anota a retirada dos medicamentos pelos pacientes. Aqueles que não retiraram sua medicação durante dois meses têm o nome lançado

no relatório. O grupo de adesão é ainda uma prática incipiente. Acreditamos que ainda há muito por fazer e estamos buscando cada vez mais, o melhor para o paciente e seu tratamento. Após a participação no grupo, é oferecido um lanche aos pacientes”.
(Questionário nº 41)

De um modo geral os serviços (e os gerentes) não demonstraram que (re) conhecem o papel do gerente perante a estruturação do trabalho de adesão. Também não conseguimos detectar ações que otimizem o potencial e a capacidade operacional das equipes.

As atividades em curso, mesmo com o apoio dos dispositivos gerenciais informados são insuficientes para alguns serviços, que apontaram a necessidade de maior consolidação do trabalho e sistematização das atividades.

“Nosso trabalho de adesão é feito de forma não padronizada apenas por ocasião das consultas e na retirada da medicação. Há nítido espaço de aprimoramento neste quesito em nosso serviço”.
(Questionário nº72)

“Não há uma sistematização do trabalho de adesão, é feito de maneira individualizada por profissional”. (Questionário nº 116)

Bases para o trabalho

Apenas três serviços informaram que os profissionais estavam capacitados para lidar com a não-adesão. O apoio teórico foi relatado apenas por uma unidade e foi citado de modo genérico como o que “sabemos através de pesquisas”. Não houve referências a conhecimento ou utilização das diretrizes dos Programas Nacional ou Estadual de DST/Aids. Os relatos deixam a impressão que a maioria dos profissionais fundamenta o trabalho, principalmente, na própria experiência prática. Isto é coerente com as informações acerca da abordagem: cada caso é um caso. Obviamente o conhecimento advindo da formação profissional também é essencial neste processo.

Dificuldades referidas para realizar atividades de adesão

Apenas 11 questionários mencionaram escassez de recursos humanos como dificultados para desenvolvimento do trabalho de adesão de um modo geral.

Quatorze serviços manifestaram dificuldades para estruturar trabalhos de grupo, atribuídas a motivos diversos. Quatro informaram falta de espaço, quatro relacionaram à retomada vida profissional pelos pacientes (“a maioria dos pacientes tem emprego fixo e já se ausentam para consulta médica, coletas de sangue, pegar medicamentos, fica difícil ausentarem para grupos”), três referiram questões de estigmas e preconceitos, um à falta de isenção tarifária e um serviço não especificou a dificuldade. Somente um apontou a

deficiência de recursos humanos como causa para não estruturar grupos de adesão. Curiosamente este é um ambulatório de grande porte (possui mais de 2.000 pacientes sob TARV) e que também informou que não desenvolve atividades individuais. Tais dificuldades levaram os serviços a realizarem atividades coletivas aproveitando a vinda do paciente à unidade por outros motivos que não participar do grupo.

“(...) Dessa forma, mudamos o local da reunião do grupo de adesão para o local da sala de espera para que pudéssemos atingir um maior número de pacientes”. (Questionário nº53)

“Devido ao fato da cidade possuir nº populacional pequeno no qual as pessoas estabelecem vínculo próximo umas às outras, dificulta a realização de grupos de adesão e outros, em consequência do medo de se expor”. (Questionário nº57)

“Já tivemos várias tentativas de grupo de adesão em vários formatos, mas a adesão ao grupo foi muito baixa, devido principalmente a não isenção tarifária; mas já estamos reorganizando em outro formato (...)”. (Questionário nº60)

“Orientação individualizada pré e pós consulta. Planilha de acompanhamento com visita domiciliar aos faltosos. Café da manhã após coleta de exame, numa reunião onde o tema da conversa é de orientação, tirar dúvidas e adesão”. (Questionário nº96)

Não parece fácil para os serviços estruturar atividades de grupo e mantê-las em funcionamento. Alguns referiram que já desenvolveram, mas ao longo do tempo eles foram se extinguindo por razões semelhantes às alegadas acima. Em exemplo interessante um serviço consegue detectar a não-adesão, localizar obstáculos para participação dos pacientes nas atividades, mas ainda assim não consegue superar estas dificuldades. Como alternativa se volta para projetos de atividades aparentemente menos específicas.

“Atualmente o trabalho de adesão é efetivamente realizado no dia a dia nas consultas. Várias tentativas de grupos coletivos já foram feitos mas percebeu-se que o perfil de nossos pacientes é de baixa adesão a participação. Um dos motivos é a baixa mobilização pela baixa escolaridade. Estão em processo de elaboração dois projetos. Um voltado a todos os pacientes que vierem colher exames de carga viral e CD4 e outro voltado a pacientes não aderentes à medicação”. (Questionário nº 112).

Planejamento

Projetos para incrementar o trabalho da adesão foram apontados por 31 serviços. Alguns relataram os passos dados para as implementações pretendidas e algumas conquistas. Outros ainda em fase de construção ou no plano dos desejos, afirmaram uma carta de intenções.

“Venho através desta relatar que estou iniciando os trabalhos de enfermagem na VE, e o questionário foi respondido com a equipe multidisciplinar em conjunto com ONG de [nome da cidade e da ONG], nos comprometendo a realizar um trabalho de adesão melhor para o grupo, com o desenvolvimento de projetos futuros”. (Questionário nº 4).

“Acho que nossa unidade precisa investir mais em atividades de estímulo à adesão. Porém, temos problemas também de espaço físico. Pretendo incentivar a equipe multidisciplinar a realizar atividades coletivas como: grupos, café da manhã, etc.”. (Questionário nº87)

“O trabalho de adesão tem sido produtivo, porém notamos que a maioria dos pacientes que participam ativamente dos grupos são os que já eram aderentes antes do início das atividades. Dessa forma, mudamos o local da reunião do grupo de adesão para o local da sala de espera para que pudéssemos atingir um maior número de pacientes. Algumas intervenções estão sendo estudadas: grupo de família, de pacientes do Hospital Dia e de Caso Novo”. (Questionário nº 53).

“Atualmente o trabalho vem sendo realizado individualmente. Planejamos implantar grupos de adesão com a participação da equipe multiprofissional”. (Questionário nº 80).

“(...) Estamos também criando um sistema de busca ativa em adesão ao tratamento, que criará um banco de dados e integrará um questionário de avaliação do seguimento; dados de presença e falta nos retornos junto à equipe interdisciplinar; visitas domiciliares em caso estas faltas sejam identificadas; a idéia é entrar em contato com os usuários, seja por meio telefônico ou através de uma visitadora domiciliar em até um mês após a falta injustificada nos retornos. Outra avaliação psicológica está sendo criada para acompanhar os usuários de modo psicossocial. Estas idéias não foram implementadas, porém espera-se que sejam até o final desse semestre (...). Elaboramos um questionário [referindo-se a forma de avaliar a adesão] mas está em fase de implantação”. (Questionário nº 82).

Três serviços informaram que buscaram o apoio profissional externo a equipe por meio de consultorias para avaliar e melhorar o trabalho de adesão.

“(...) Durante a oficina do PAM 06 [Plano de Ações e Metas] apontou-se a adesão como uma das prioridades a serem trabalhadas, assim contratou-se uma consultoria especializada em adesão ao tratamento com ARV, que está propondo uma série de ações relacionadas ao tema”. (Questionário nº 75)

“(...) Iniciamos os grupos de adesão no mês 02/2004 com reuniões diárias com os pacientes agendados para o dia, sem um tema pré-determinado. Com o passar do tempo o movimento se esvaziou e

houve a necessidade de mudanças. A partir do mês 06/2005 as reuniões passaram a ser mensais, com um tema pré-determinado e sempre que possível com a presença de um convidado para falar sobre o tema central. Estamos, no momento, com assessoria de uma psicóloga cuja tese de mestrado versou sobre adesão aos ARV para redimensionarmos como avaliamos a adesão e aconselhamento” (Questionário nº 108).

“O trabalho de adesão é desenvolvido com a participação dos profissionais médicos, da farmácia, odontologia, enfermagem com interações interprofissionais e discussão de casos. Em todos os momentos a adesão é estimulada. Há situações que são discutidas entre os profissionais com supervisão de psicóloga (...)”. (Questionário nº64)

Alguns serviços manifestaram satisfação com o inquérito. Quatro informaram que utilizaram instrumento para discutir a adesão com a equipe.

“(...) Gostaríamos de receber subsídios para aprimorar ainda mais este trabalho. Solicitamos possíveis sugestões de questionários que pudéssemos aplicar para avaliar melhor a qualidade da adesão a TARV. E ficamos muito satisfeitos com este questionário que só recebemos hoje, 30/03/2007 (...)” (Questionário nº 20)

“Não vejo observações a acrescentar e sim ressaltar que este questionário veio como um instrumento Organizacional para que o

serviço venha crescer, mesmo que nos falta muitos subsídios nesta problematização”. (Questionário nº 49)

“Foi com satisfação que recebemos este questionário. Estaremos aproveitando esta oportunidade de discussão de adesão para iniciarmos a implantação e participar deste processo”. (Questionário nº128)

5. DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos serviços

No Estado de São Paulo os adultos que vivem com HIV são assistidos por 179 serviços ambulatoriais que estão localizados predominantemente no interior (86,6%), em municípios com menos de 400.000 habitantes, possuem menos de 500 pacientes sob TARV e são ambulatórios de especialidades. Esta distribuição guarda semelhança com o conjunto dos ambulatórios de HIV/aids do país embora, como se poderia supor, há maior proporção de serviços localizados em cidades com menos de 400.000 habitantes e de unidades de médio porte (Nemes e Alencar, 2008). Quase todos os municípios têm casos de aids notificados e, muito provavelmente, a interiorização da epidemia no Estado gerou demanda assistencial e conseqüente organização dos serviços. (SÃO PAULO, 2009).

Com perfil peculiar, os serviços da capital paulistana estão localizados predominantemente nos ambulatórios isolados, exclusivos para o atendimento especializado e não existem unidades básicas de saúde acompanhando PVHIV. As unidades são antigas e acompanham um grande número de pessoas, muitas das quais desde o início da epidemia. Nenhum serviço acompanha menos de 100 pessoas. Por sua vez, no interior a assistência é ofertada principalmente nos ambulatórios de especialidades seguidos das Unidades Básicas de Saúde e quase metade acompanha menos de 100 pessoas. Estes achados são compatíveis com a distribuição dos casos de aids

cujas prevalências são maiores nos grandes centros urbanos, onde a extensão da demanda comporta a estruturação de serviços específicos para atenção a esta população.

No interior, onde o número de casos é menor e disperso nos diversos municípios, a tendência é que a assistência seja efetuada nos serviços disponíveis e compartilhada com outras especialidades ou na Unidade Básica de Saúde, que por vezes é o único serviço de saúde existente. Nestas circunstâncias, não é possível, nem desejável, destinar recursos humanos e materiais exclusivamente para estruturar unidades de atendimento às PVHIV sob pena de resultar em ociosidade das mesmas.

A inexistência de serviços que acompanham menos de 100 pacientes na capital em contraposição à observação de que estes se constituem em quase metade (46%) da oferta assistencial no interior é mais uma constatação que reafirma a tendência de compartilhamento da atenção especializada às PVHIV nos municípios de menor porte.

Por outro lado, a maior concentração em municípios com menos de 400.000 habitantes e o fato de 80% acompanhar menos de 500 pacientes parecem condizentes com os esforços de descentralização da assistência no Estado. Em São Paulo a ampliação do acesso ocorreu prioritariamente por meio da organização do serviço dentro de estruturas de saúde pré-existentes, territorialmente mais próximas possíveis das PVHIV. Permanece o desafio de assegurar a qualidade da atenção dispensada e do nosso ponto de vista, a existência de ações voltadas para a avaliação e estímulo à adesão podem se constituir em um bom indicador dos níveis de qualidade dos serviços.

A despeito das medidas adotadas para garantir o maior número possível de respostas, 24% dos serviços não devolveu os questionários. Entretanto, os não respondentes apresentam características muito semelhantes à totalidade da rede assistencial, com percentuais de distribuição geográfica, tamanho e complexidade muito próximos aos dos serviços alcançados pelo inquérito. Os 76% dos serviços respondentes estão bem distribuídos no Estado como se pode observar no mapa e apenas duas GVE, que abrangem apenas quatro serviços, não responderam. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os não respondentes e os respondentes quando examinadas as variáveis explicativas adotadas (porte e tipo de serviço e tamanho do município). As semelhanças entre aqueles que não responderam e os que o fizeram, nos leva a acreditar que a amostra obtida pode ser de fato representativa do total de serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo.

Este inquérito foi conduzido sem estudo piloto prévio, de modo que a compreensão das questões não puderam ser testadas, nem adequadas. Mesmo tendo sido realizado contatos telefônicos para esclarecimentos de eventuais dúvidas, podem ter acontecido divergências no preenchimento do questionário, decorrentes de interpretações errôneas por parte dos respondentes e/ou desvalorização do instrumento, resultando em respostas descuidadas. A análise das questões abertas possibilitou maior aproximação com o conjunto dos serviços e contextualização das questões estruturadas.

Os serviços que não referem a realização de atividades de adesão são em sua maioria ambulatorios de especialidades que acompanham menos de 100 pacientes e estão localizados em municípios de menor porte (<400.000 habitantes). Estes achados sugerem que a atenção as PVHIV se insere apenas

como mais uma especialidade entre as demais e provavelmente o atendimento tende a seguir a lógica da atenção às especialidades em geral. Além de haver maiores chances de não ter equipes completas nestes serviços, o médico deve atender outras patologias além da aids, agendar um número de pacientes por período de trabalho superior ao recomendado pelo PN DST/AIDS (Nemes et al., 2008), e dificuldade para priorizar o tempo para dedicar-se às atividades de adesão. O pequeno número de pacientes dificulta a realização de atividades em grupo, principalmente devido ao estigma e medo do paciente em ser identificado como portador do HIV. Alguns serviços podem não ter informado suas atividades, em especial as individuais, por diferenças de compreensão acerca desta questão, desconsiderando os atendimentos em curso como espaços de estímulo à adesão e/ou perceberem a falta de sistematização.

5.2 Avaliação da adesão

A avaliação da adesão é realizada predominantemente por meio de perguntas ao paciente e pela retirada da medicação na farmácia. Do mesmo modo que nos demais serviços do país (Nemes e Alencar, 2008), o questionamento ao paciente é a forma mais frequente de avaliar. Não há padronização e cada profissional pergunta de uma maneira. Não foram informadas rotinas que orientem sobre quando e como avaliar a adesão no atendimento clínico, no sentido de caminhar para desvincular esta abordagem da dependência da disposição e compromisso do profissional. Provavelmente isto ajudaria a evitar que quase 8% dos serviços investigassem a adesão

apenas na vigência de alterações laboratoriais. Acreditamos que perguntar ao paciente sobre sua adesão não tenha sido considerada uma forma de avaliação e por isto não foi informado por quase 18% dos serviços.

Recomendado pelo PN DST/AIDS (BRASIL, 2007), o controle da retirada da medicação na farmácia é a segunda forma mais freqüente de avaliar a adesão e aponta maior estruturação em relação às formas de avaliação do uso da medicação. Embora implique determinada logística, sua implantação nos serviços é bastante factível em função da já existente centralização da dispensação da medicação antirretroviral (SICLOM)¹⁵. Este monitoramento tem efetividade especialmente para as pessoas que não retiram suas medicações ou retiram de modo muito errático. Entretanto a realização deste controle parece atender requisitos burocráticos ou de outra ordem, pois apesar de efetuarem o controle são raros os serviços que têm proposta de busca dos pacientes identificados. A maioria parece se limitar a abordar a adesão no seu retorno à unidade. Isto equivale dizer que, embora consigam identificar população com maior risco de não-adesão (faltosos na farmácia e também nas consultas), ainda não estão organizados para intervir apropriadamente.

Controlar o comparecimento às consultas, embora tenha se mostrado um bom parâmetro de avaliação da adesão (Macharia et al., 1992; Nemes et al., 2004) e seja preconizado pelo PN DST/AIDS, foi realizada por pouco mais de 10% dos ambulatórios.

Não foi surpresa encontrar que os serviços maiores e mais especializados estão mais associados ao emprego de planilhas, contagem de comprimidos e controle do comparecimento às consultas, uma vez que possui

¹⁵ O SICLOM está implantado em aproximadamente 85% dos serviços do Estado. Informação extra-oficial da área de Logística de Medicamentos do Programa Estadual.

maior disponibilidade de recursos humanos e PVHIV em acompanhamento, o que facilita a percepção diferente da questão e arranjos institucionais mais elaborados.

5.3 Frequência da avaliação da adesão

A avaliação é predominantemente realizada por médicos e enfermeiros, sempre que o paciente comparece às consultas e na vigência de intercorrência clínica ou laboratorial. Em relação aos enfermeiros, encontramos o dobro do percentual apontado por (NEMES e ALENCAR, 2008) procedendo à avaliação da adesão, que no estudo nacional foi 42,7%. Chama atenção o fato de ter pouco profissional não médico avaliando a adesão dos pacientes.

De acordo com o nosso estudo os profissionais que estão mais envolvidos na avaliação e intervenção são médicos e enfermeiros, à despeito da existência de menor número de profissionais da área não-médica na rede. Quanto ao envolvimento de psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos é mais provável que ocorra nas unidades de grande porte e especializadas. Embora haja a suposição de que isto se deva a probabilidade destas unidades apresentarem maior número destes profissionais em seus quadros, não conseguimos estabelecer esta relação direta. De um lado, poucos serviços apontaram para deficiência de recursos humanos e de outro, o último inquérito nacional revelou que pelo menos 79% dos serviços ambulatoriais de HIV/aids contam com estes profissionais nas equipes, embora nem sempre sejam exclusivos do serviço (Nemes e Alencar, 2008).

A existência de outras formas de avaliação, embora com menor frequência, é compatível com a informação dos serviços sobre a importância do monitoramento contínuo da adesão e da constatação de sua pulverização no trabalho cotidiano.

5.4 Atividades individuais de estímulo à adesão

Quase a totalidade dos ambulatorios informou a existência de atividades individuais, confirmando a importância da questão para as unidades. Estas são predominantemente conduzidas por médicos e enfermeiros. Há maior envolvimento de psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos na condução de atividades de estímulo do que na avaliação da adesão, o que pode demonstrar maior vocação destes profissionais para intervir que para avaliar.

Por sua vez a baixa participação dos farmacêuticos, considerando que estes profissionais existem na rede em proporção semelhante a dos psicólogos (Melchior et al., 2006), pode evidenciar a dificuldade deste profissional em se afastar de atividades mais administrativas. É compatível com a menor tradição da classe na prestação de consultas ou outras formas mais particulares de atenção farmacêutica, além da dispensada no momento da retirada da medicação na farmácia.

A implicação de profissionais de área não-médica nas ações de estímulo à adesão pode denotar uma aposta que tem sido feita na equipe multiprofissional (BRASIL, 2007). Os dados sugerem que a adesão está sendo incorporada pelos serviços como atividade de outros profissionais e não apenas dos núcleos do médico e enfermeiro.

Os serviços mais especializados em HIV/aids e de grande porte realizam atividades individuais em maior proporção que os demais e comprometem mais psicólogos e assistentes sociais neste trabalho, além de realizarem mais visitas domiciliares.

A alta porcentagem de atividades individuais e a informação que a adesão é abordada nas rotinas dos atendimentos nos levam a crer que, especificamente em relação a médicos e enfermeiros, a adesão é abordada como parte das consultas usuais e que, portanto não se trata de atividade estruturada e específica. Acreditamos que os serviços não distinguiram entre uma consulta de adesão realizada pelo médico (como informado no questionário) e a atitude do médico ao perguntar como está o processo de tomada da medicação dentro da sua rotina de atendimento, que se supõe, deveria acontecer em todas as consultas médicas. Ou seja, perguntar sobre uso de medicação é obrigação de todo o profissional que a prescreve e esta rotina é diferente de uma investigação da adesão para auxiliar na busca de estratégias de superação de irregularidades no uso das medicações.

5.5 Atividades coletivas de estímulo à adesão

Os serviços de pequeno porte desenvolvem menos atividades para promoção da adesão, tanto individuais quanto coletivas. Estes achados estão em consonância com o estudo de Nemes et al. (2004) que detectaram maiores taxas de não-adesão nos serviços brasileiros que acompanham menos de 100 pacientes.

Em outro pólo verificamos que os serviços de grande porte estão associados a maiores proporções de desenvolvimento de atividades individuais e coletivas, achado confirmado na análise multivariada que os reuniu no grupo 2 juntamente com os especializados em HIV/aids.

De um modo geral, as atividades de grupo além de pouco informadas são em sua maioria inespecíficas quanto a seu público alvo e heterogêneas quanto a suas conduções ou orientações. Os serviços referem diferentes obstáculos para realizarem-nas: o pequeno porte que não possibilitaria reunir número suficiente de pacientes para formar um grupo; o medo da exposição e perda da confidencialidade do diagnóstico nos municípios pequenos; falta de incentivos (principalmente financeiros) para manter o paciente aderido e/ou para fazê-lo comparecer à unidade em dias diferentes da consulta médica, etc. Como alternativa “aproveitam” a presença do paciente na unidade, em coletivos formados para outros fins como, por exemplo, salas de espera. Nestas situações a atividade é direcionada a todos que estão presentes, independente de apresentarem problemas em relação à adesão ou sequer tomarem remédios. Esta estratégia por si não se constitui em problema. É inclusive desejável que a adesão ao tratamento seja abordada antes mesmo da introdução dos antirretrovirais. Mas, dois aspectos merecem ser destacados. Primeiro, é importante reconhecer que provavelmente realizada desta forma, a abordagem tende a não ser aprofundada e, portanto não dispensa outras formas complementares e mais específicas. Em segundo lugar, nestas circunstâncias a grande maioria das intervenções coletivas não é dirigida para pacientes sabidamente com problemas na adesão e, portanto têm sua efetividade diminuída (Amico et al., 2006).

Para nossa surpresa encontramos poucas atividades coletivas específicas. Apenas 39% dos ambulatórios desenvolvem grupos de adesão. Devido ao investimento realizado tanto pelo PN DST/AIDS quanto pelo PE/DST/AIDS para estimular a organização de atividades de adesão, particularmente as coletivas, esta porcentagem ficou aquém das nossas expectativas. Entretanto, ainda é superior aos últimos levantamentos realizados no país (18,3% e 29%) (Melchior et al., 2006; Nemes e Alencar, 2008).

5.6 Trabalho com populações específicas

Encontramos poucos indícios de atividades estruturadas para pacientes que apresentam maiores chances de não-adesão. Poucos serviços possuem abordagem diferenciada na introdução das medicações, para pacientes com baixa escolaridade, faltosos, etc. Mesmo naqueles serviços que informaram realizar busca dos pacientes que não comparecem aos agendamentos (para consultas ou exames), não conseguimos discriminar com segurança quantos realizam esta busca sistematicamente e quantos o fazem pontualmente obedecendo algum critério.

Menos da metade dos serviços priorizam alguma população específica e quando o fazem concentram a atenção em gestantes, coerentes com a priorização constante das políticas públicas de um modo geral e em especial na aids, em razão do impacto de medidas desta ordem na transmissão da doença.

Entendemos o trabalho com familiares como a assunção da efetividade de envolvimento de pares (amigos, familiares, etc.), conforme descrito por Lyon et al. (2003) e Remien et al. (2005) no tratamento. Estruturado de modo tímido e ainda tradicional (neste momento abrange apenas família), parece traduzir o esforço de perceber as PVHIV em suas redes.

O desenvolvimento de estratégias dirigidas a usuários de álcool e outras drogas, principalmente as ilícitas, parecem insuficientes para abranger a complexidade da questão e atender a demanda desta população que apresenta a menor queda na mortalidade, mesmo nesta era de terapia antirretroviral potente (Kalichman et al., 2004). Por um lado demonstra a tentativa para superar as tradicionais medidas repressivas e buscar a inclusão destas pessoas. Mas, o baixo comprometimento dos serviços com esta população nos leva a acreditar que o uso de álcool e outras drogas permanece “invisível” (Melchior et al., 2007).

Chama a atenção a escassez de serviços que trabalham com população de baixa escolaridade e renda. Este deveria ser um segmento com intervenções mais importantes dado o maior risco de não adesão inclusive no contexto brasileiro (Nemes et al., 2000).

5.7 Atuação dos profissionais

Por meio das questões abertas percebemos que os profissionais apresentaram entendimento ampliado da concepção da adesão e objetivos do trabalho, estendendo o foco para além da medicação. Entretanto, de um modo

geral, os valores e concepções nem sempre conseguiram ser traduzidos em diretrizes organizadoras da prática, de maneira que os ambulatorios tivessem ações e atividades que buscassem estes ideais. O preconceito, estigma e discriminação não parecem ser atingidos pela maioria das atividades informadas. Embora haja exceções, a parceria com organizações não governamentais está pouco estabelecida e não foi apontada como perspectiva de apoio e ampliação das possibilidades de oferta de atividades para os pacientes. Ainda parece distante do conjunto dos ambulatorios e quando ocorreu, em sua maioria, foi reduzida a encaminhamentos.

Expressaram respeito pelo paciente, seu contexto de vida, autonomia e valorizaram o desenvolvimento de intervenções pautadas no diálogo e focalizadas no paciente. Conhecer a pessoa, escutar (escuta ativa), se colocar no lugar do outro e estabelecer vínculos de segurança foram considerados fundamentais para o melhor sucesso do trabalho. Entretanto, apenas em pouquíssimos serviços pudemos vislumbrar esforços no sentido de buscar a contribuição do paciente na construção do tratamento, estabelecer negociações a partir de referências do próprio paciente sobre saúde e doença e colocá-lo no discurso como sujeito.

De um modo geral, os serviços parecem procurar manter uma relação dialógica, reconhecê-los em suas singularidades e respeitar suas histórias de vida, mas ainda está presente a postura paternalista, aparentemente escorada no princípio da beneficência, onde a opinião do paciente é pouco considerada. As relações parecem assimétricas e tendem a colocar o paciente em posição passiva e submissa ao conhecimento técnico dos profissionais.

Embora tenha aparecido com muita frequência a importância de compreender os pacientes em suas singularidades, a prática dos serviços demonstra um esforço cotidiano em reconhecer estas singularidades apenas relacionadas aos aspectos biomédicos como, por exemplo, investigar os hábitos e rotinas de vida que possam interferir com o tratamento, de modo a trabalhar sua aceitação e construção de novos hábitos de uso das medicações. A dimensão psicossocial ainda parece subestimada ou pouco trabalhada pelos serviços.

A maioria dos serviços restringe o trabalho de adesão ao fornecimento de informações, orientações e esclarecimentos. Embora haja esforços para perceber o paciente além da doença (exitosos em alguns exemplos), o paciente ainda parece tratado mais como objeto e menos como sujeito. Foram poucos os casos em que informar e orientar não se constituiu no centro do trabalho. Muito embora vários serviços tenham descrito o trabalho pautado no acolhimento e aconselhamento, estas descrições foram reduzidas a atender bem, informar, esclarecer e dar conselhos para “convencer” o paciente.

O baixo envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão foi perceptível independente do discurso de autonomia e protagonismo. Em nenhum momento o compartilhamento de poderes e decisões foi sequer mencionado. De um modo geral o profissional usa de todos os instrumentos que dispõe para convencer o paciente. As exceções ocorreram nos casos em que os profissionais, de modo negativo, transferem a responsabilidade para o paciente se eximindo da própria responsabilidade. Principalmente nestas situações, assumem o papel de apenas informar e cabe ao paciente assumir solitariamente as decisões acerca de seu tratamento.

5.8 O trabalho em equipe

Embora não tenhamos investigado o perfil dos profissionais que trabalham nos serviços, 62 deles (48,4%) informaram espontaneamente que contam com a equipe multidisciplinar ou relacionaram categorias profissionais existentes nas unidades. Segundo Nemes e Alencar (2008) a presença de outros profissionais na composição da equipe local é acima de 79% exceto pelo dentista.

Apesar da aparente disponibilidade de profissionais de diferentes categorias e de constatarmos o envolvimento de vários deles nas atividades de adesão, não conseguimos perceber a existência de trabalho multidisciplinar. A descrição das atividades, bastante referida como inerentes à rotina do atendimento dos profissionais, sugere que o trabalho ocorre de modo isolado e, certamente, dependente da disponibilidade e experiência dos profissionais. Evidentemente a multiprofissionalidade por si é insuficiente para assegurar o trabalho em equipe. Em que pese a conhecida dificuldade dos serviços para operar de modo multidisciplinar, a falta de organização que privilegie os encontros dos profissionais por um lado e os relatos que demonstram o trabalho fragmentado do outro, podem ser indicativos do distanciamento do gerente da busca um modelo que organize o trabalho.

5.9 Suporte para as ações

A pouca queixa sobre escassez de recursos humanos, o número de serviços que afirmaram ter equipe multidisciplinar e a já comentada composição profissional do conjunto dos serviços brasileiros (Nemes e Alencar, 2008) nos levam a crer que a falta de profissionais não é o único nem o maior responsável por dificuldades na estruturação de atividades de adesão.

Chama atenção que a esmagadora maioria dos profissionais não referiu utilizar apoio teórico ou treinamentos que os instrumentalizasse no enfrentamento da questão. Também não fizeram alusão às diretrizes e orientações dos programas nacional ou estadual. Deve-se considerar que as grandes publicações oficiais foram contemporâneas a esta pesquisa. Mesmo assim, já existiam documentos orientadores que poderiam inspirar ou mesmo avançar na organização das atividades (Vitória, s/d; Nemes et al., 2000; Teixeira et al., 2000). Apesar disto, parecem solitários na busca de estratégias de superação, mesmo nos casos que relataram treinamento da equipe. Estas capacitações não parecem suficientes para apoiar a estruturação de ações mais específicas dentro das unidades. Os movimentos para implantar atividades, no geral, parecem fundamentados na experiência prática, naquilo que aprenderam no cuidado com as PVHIV. Alguns poucos buscam apoio externo em consultorias. De um modo geral, os serviços parecem sentir falta de protocolos e de diretrizes administrativas que organizem o desenvolvimento de trabalhos de adesão ou que potencialize as atividades que estão em curso.

Não se pode dizer que os gerentes não estão envolvidos com o tema, haja visto a grande quantidade de serviços que utiliza algum dispositivo

gerencial (reuniões, discussão de casos em equipe, controle da retirada da medicação na farmácia e do comparecimento às consultas, etc.). Entretanto, a adesão foi quase exclusivamente tratada como atribuição dos técnicos da equipe multidisciplinar. A forma como os gerentes descreveram o trabalho, genérica e com pouca intimidade com o tema, sem se “colocarem” no processo, no cotidiano dos serviços, pode ser entendida como um indício de seu distanciamento. Não há menção à concepção de adesão como sendo também uma questão gerencial. Como já comentado, a escolha das atividades, diretrizes e técnicas parecem mais pertinentes à equipe. Em relação ao gerente, a maior participação que percebemos foi no sentido de estimular a equipe e em alguns casos, mantê-la capacitada. Aparentemente os serviços não têm fluxos definidos, não estão organizados em equipe e não trouxeram propostas de melhorias da organização do processo de trabalho. Segundo Nemes et al. (2009) a forma de organização do serviço é fortemente dependente da atitude e processos desenvolvidos pelo gerente. No nosso caso, não existem diretrizes estabelecidas ou um protocolo para abordagem da adesão, indicando que a participação dos gerentes ainda é tímida.

5.10 Tamanho do município, porte e tipo de serviço

Nos municípios com mais de 400.000 habitantes se encontram em maior número os serviços de grande porte e especializados em HIV/aids. Concordando com alguns estudos que associaram melhor qualidade de serviços de HIV/aids com cuidados prestados por ambulatórios especializados

e médicos mais experientes (Asch et al., 2002; Landon et al., 2005; Ohl et al., 2008), nosso estudo verificou que os serviços especializados em HIV/aids desenvolvem mais atividades de adesão, mais específicas e melhor estruturadas que os serviços não especializados. Utilizam mais questionários e controle da retirada da medicação na farmácia para proceder a avaliação que é efetuada sempre que o paciente comparece às consultas médicas e são os que mais utilizam planilhas e contagem de pílulas a cada retorno do paciente e fazem monitoramento do comparecimento às consultas. Ainda assim, a avaliação na vigência de alterações clínicas ou laboratoriais é a realizada com maior frequência. Além de avaliarem a adesão com maior frequência que os demais serviços, utilizam mais a equipe multiprofissional na avaliação, embora com predomínio de médicos e enfermeiros na condução das atividades. Comprometem mais os psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos nas atividades individuais de avaliação e/ou estímulo à adesão, realizam trabalhos dirigidos a portadores de lipodistrofia e estabelecem parcerias com organizações não governamentais. Além de realizarem grupos de adesão em maior proporção que os demais serviços, desenvolvem atividades coletivas, tais como, chás, cafés da manhã, etc., para discutir assuntos variados, nos quais sempre introduzem (ou procuram introduzir) o tema da adesão ao tratamento. Também são os que mais fazem visitas domiciliares.

Em suas atividades contemplam populações específicas e apenas eles direcionam trabalhos para pessoas com baixa escolaridade, profissionais do sexo, portadoras de lipodistrofia, usuárias de álcool e de drogas ilícitas. Utilizam mais material de apoio ao desempenhar o trabalho de adesão que os demais serviços. Folhetos e recursos áudios-visuais são os mais empregados.

A multiplicidade de atividades se deve provavelmente ao maior número de funcionários em seus quadros, e, portanto, maior diversidade de categorias profissionais envolvidas na avaliação e condução de atividades individuais de estímulo à adesão. Também nos grandes municípios há maior probabilidade da existência de populações mais organizadas com movimentos sociais mais sólidos, aumentando as possibilidades da existência de organizações não governamentais com consequente pressão sobre os serviços e, portanto facilitando a articulação e a parceria.

Nos municípios com menos de 400.000 habitantes se encontram os serviços de médio e pequeno porte, respectivamente ambulatorios de especialidades e unidades de atenção básica.

Os ambulatorios de especialidades, de médio porte, apresentaram um desempenho próximo dos especializados porém, no geral, em menor proporção. Possuem diferentes formas de avaliação, onde se destaca a retirada da medicação na farmácia. Utilizam em maior proporção o comparecimento às consultas como forma de avaliação da adesão. A frequência de avaliação é bem distribuída entre as diversas alternativas com preponderância da situação de intercorrência clínica ou laboratorial. São os que mais avaliam por comparecimento na consulta com os farmacêuticos. As atividades individuais que sobressaem são consulta médica e de enfermagem, as quais são desenvolvidas de modo mais relevante em relação aos demais grupos. A condução de grupos de adesão é a atividade coletiva mais importante. Embora contenham serviços que desenvolvem quase todas as atividades relacionadas, estes o fazem em pequena proporção quando comparado com o Grupo 2, no qual estão os serviços especializados e de maior porte. É o grupo que menos direciona suas atividades para populações

específicas e o faz quantitativamente de modo quase insignificante. Apenas oferece trabalho para familiares. Os folhetos são os materiais de apoio mais utilizados no trabalho da adesão. É o grupo que mais lança mão de frascos de comprimidos e comprimidos avulsos para apoiar as atividades. O conjunto de serviços localizados neste grupo apresenta a segunda maior proporção de parcerias com organizações não governamentais.

Os serviços de pequeno porte e de atenção básica da saúde parecem menos organizados para enfrentar a não-adesão. Nossos achados confirmam resultados de pesquisas nacionais anteriores que demonstraram que os ambulatórios de HIV/aids que acompanham menos de 100 pacientes têm maiores taxas de não-adesão (Nemes et al., 2004) e maiores chances de apresentarem pior qualidade do serviço (Solomon et al., 2005; Nemes et al., 2009). A avaliação da adesão é realizada apenas pelo controle da retirada da medicação na farmácia. Como já discutimos anteriormente este controle não está atrelado a uma ação do serviço para estimular a adesão, o que compromete a efetividade desta avaliação. Além disto, avaliam com menor frequência que os outros serviços e geralmente o fazem quando o paciente apresenta alterações clínicas ou laboratoriais. Avaliar a adesão apenas nas intercorrências restringe as possibilidades de atuação e parece indicar que apenas os profissionais biomédicos, com maior probabilidade só os médicos, avaliam a adesão. Provavelmente o baixo número de pacientes dificulta a priorização de suas demandas dentro da unidade: desenvolvem menos atividades individuais e praticamente não desenvolvem atividades coletivas, nem para populações específicas. Nemes et al., 2009 já apontaram para necessidade de melhor monitoramento de serviços de pequeno porte, pois encontraram neste grupo maiores chances de pertencerem aos piores estratos de qualidade.

6. CONCLUSÕES

A importância da adesão à terapia antirretroviral é reconhecida e está bem disseminada e incorporada à rotina da assistência ambulatorial nos serviços que assistem PVHIV no Estado de São Paulo. Quase todos os serviços realizam atividades individuais e, a maioria, pelo menos uma atividade coletiva para melhorar a adesão. Entretanto, a maioria das atividades em curso é pouco específica, heterogênea, insuficientemente protocolada e avaliada. Os serviços especializados e de maior porte apresentam maior especificidade.

Faltam atividades estruturadas de estímulo a adesão à terapia antirretroviral no Estado de São Paulo. Embora a adesão seja importante para os serviços, há poucas atividades estruturadas quer individuais ou coletivas. As atividades individuais são realizadas predominantemente por médicos e enfermeiros. São inespecíficas e ocorrem em conjunto com as demais atividades próprias de cada profissional, nas oportunidades que os pacientes comparecem ao serviço (coleta de sangue, consultas, etc.) e estão vinculadas ao compromisso e disposição dos profissionais para desenvolvê-las no decorrer da sua atuação específica.

As atividades coletivas específicas acontecem em menos de um terço das unidades. Em sua maioria são inespecíficas quanto a seu público alvo e heterogêneas quanto a suas conduções ou orientações. Ocorrem em coletivos formados para outros fins (como sala de espera, sala de coleta de exames, etc.), são genéricas e a adesão se constitui em um tópico que é abordado.

Quase não existem atividades dirigidas às pessoas que apresentam maior risco para não-adesão.

As atividades de adesão são pouco sistematizadas, não estão integradas às demais atividades dos serviços e dependem fundamentalmente do conhecimento e da qualidade do desempenho do profissional que as desenvolve. Entre as dimensões que compõem essa qualidade enfatizam-se o conhecimento técnico e prático, a disponibilidade para o diálogo, o respeito pela singularidade dos pacientes, a habilidade para incentivar suas manifestações e relatos e a atitude acolhedora.

A avaliação da adesão também é genérica e ocorre predominantemente no atendimento individual realizado por médicos e enfermeiros, por meio de diálogo no qual cada profissional investiga de uma maneira. O monitoramento da retirada dos medicamentos na farmácia é realizado pela maioria dos serviços.

Embora a adesão seja relevante para os ambulatorios, os modos de tratá-la variam segundo características institucionais dos serviços. Nos serviços maiores e mais especializados as atividades são conduzidas de modo mais qualificado - se apóiam mais na equipe multidisciplinar, utilizam meios técnicos e gerenciais mais específicos para monitoramento da adesão (planilhas, contagem de comprimidos a cada consulta, controle do comparecimento às consultas e da retirada das medicações na farmácia) Conduzem mais atividades coletivas, entre elas grupos referidos como “grupos de adesão”, que parecem mais específicos que os referidos sob outras denominações tais como palestras, chás, cafés, etc. Priorizam mais as populações específicas

(gestantes, familiares, usuários de álcool e de drogas ilícitas, etc.) e se articulam mais com as organizações não governamentais.

Nos serviços menores e não especializados o tema parece ser tratado menos como alvo de tecnologias específicas e mais como uma “preocupação”, presente em várias atividades cujo foco principal é outro. Avaliam a adesão apenas pelo monitoramento da retirada das medicações na farmácia. Desenvolvem menos atividades para promoção da adesão, tanto individuais quanto coletivas.

A caracterização das atividades de adesão nos serviços do Estado reforça a necessidade da construção de um protocolo de intervenção potencialmente efetiva, factível e aceitável por profissionais e pacientes dos serviços do SUS.

7. ANEXOS

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças-CCD
Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO SOBRE ATIVIDADES DE ADESÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

É recomendável que este questionário seja preenchido pelo gerente da unidade com a colaboração dos profissionais que executam as atividades.

1. **Nome da Instituição:** _____

Município: _____ Data de preenchimento ____/____/____

Nome do Responsável _____

Nome do responsável pelo preenchimento: _____

Função: _____

Fone para Contato: _____ Ramal: _____

E-mail: _____

2. **Caracterização do serviço:**

- ☐ Ambulatório de assistência a várias especialidades
- ☐ Ambulatório de moléstias infecciosas
- ☐ Ambulatório de assistência especializada aos portadores DST/HIV/aids (ambulatório de DST/HIV/aids isolado)
- ☐ Ambulatório de Hospital de Moléstias Infecciosas
- ☐ Ambulatório de Hospital Geral
- ☐ Unidade básica de saúde
- ☐ Outros
- Número de pacientes adultos com HIV/aids em acompanhamento em dezembro/2006: _____
- Número de pacientes adultos sob terapia anti-retroviral em dezembro/2006: _____

3. Como a adesão do paciente é avaliada? (Pode ser assinalada mais de uma alternativa)

- ☐ Pergunta-se ao paciente de modo uniforme (as mesmas perguntas são feitas por todos os profissionais)
- ☐ Cada profissional pergunta de uma maneira
- ☐ Utiliza-se questionário
- ☐ Existem planilhas para avaliar a adesão
- ☐ Realiza-se contagem de pílulas no retorno de cada atendimento
- ☐ Através da retirada da medicação da farmácia
- ☐ Não há avaliação.
- ☐ Outros: _____

4. Com que frequência a adesão é avaliada? (Pode ser assinalado mais de uma alternativa)

- ☐ Sempre que comparece às consultas médicas
- ☐ Sempre que comparece às consultas com psicólogo
- ☐ Sempre que comparece às consultas com assistente social
- ☐ Sempre que comparece às consultas com enfermeiro
- ☐ Sempre que comparece às consultas com farmacêutico
- ☐ Quando o profissional acha que o paciente não é aderente
- ☐ Quando há alguma intercorrência clínica ou laboratorial
- ☐ Apenas quando há alteração da carga viral
- ☐ Outros _____
- ☐ Não há avaliação

ATIVIDADES DE ESTÍMULO À ADESÃO ESTRUTURADAS NO SERVIÇO:

Atividades individuais nas quais a adesão é estimulada	Duração média em minutos	Data de início (implantação da atividade de adesão no serviço)
☐ Consulta Médica		
☐ Consulta de Enfermagem		
☐ Consulta de Psicólogo		
☐ Atendimento por Assist. Social		
☐ Atendimento por Farmacêutico		
☐ Atendimento por Técnico de Enfermagem		
☐ Atendimento por Auxiliar de Enfermagem		
☐ Visita Domiciliar		
☐ Outras		

Atividades coletivas nas quais a adesão é estimulada	Duração média em minutos	Data de início (implantação da atividade de adesão no serviço)
☐ Grupos de Adesão		
☐ Grupos de Mulheres		
☐ Grupos de familiares		
☐ Grupos de arte		
☐ Palestras		
☐ Sala de Espera		
☐ Grupos de Auto-ajuda		
☐ Café da manhã		
☐ Chás		
☐ Outras		
☐		
☐		

5. Alguma das atividades acima é direcionada para populações específicas?

☐ Sim

☐ Não

6. Para qual (is) população (ões)?

- ☐ Gestantes ☐ Usuários de drogas ilícitas ☐ Usuários de álcool
☐ Prof. do sexo ☐ portadores de lipodistrofia ☐ Baixa escolaridade
☐ Familiares ☐ outros _____

7. Material de apoio utilizado

Descrever os tipos de materiais que são utilizados no atendimento e que são considerados relevantes para atingir a finalidade da atividade

- ☐ Planilhas ☐ Material áudio - visual ☐ Folhetos ☐ Frascos de medicamentos
☐ Comprimidos avulsos ☐ Fotos ☐ Revistas

Outros _____

8. O serviço tem parceria com Organização Não Governamental para promover a adesão?

- ☐ Sim ☐ A ONG atua dentro do serviço
 ☐ Através de encaminhamento para ONG
☐ Não

9. Descreva a seu modo o trabalho de adesão:

10. Observações

Anexo 2 – Artigo publicado

Atividades para Melhoria da Adesão à TARV em Serviços de Saúde do SUS no Estado de São Paulo, 2007¹

Interventions to Enhance Haart Adherence in HIV/Aids Health Services in the State of São Paulo, Brazil, 2007

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo

Médica. Departamento de Medicina Preventiva – FM/USP – Equipe QUALIAIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP. Endereço: Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, CEP 04121-000, São Paulo, SP, Brasil.

Ernani Tiaraju de Santa Helena

Doutorado. Departamento de Medicina – Universidade Regional de Blumenau. Departamento de Medicina Preventiva – FM/USP – Equipe QUALIAIDS. Endereço: Rua Antonio da Veiga, 140, Victor Konder, Caixa-Postal 1507, CEP 89010-971, Blumenau, SC, Brasil.

Caritas Relva Basso

Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva – FM/USP – Equipe QUALIAIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP. Endereço: Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, CEP 04121-000, São Paulo, SP, Brasil.

Rosa Alencar de Souza

Médica. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP. Endereço: Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, CEP 04121-000, São Paulo, SP, Brasil.

Mariliza Henrique da Silva

Médica. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP. Endereço: Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, CEP 04121-000, São Paulo, SP, Brasil.

Valvina Madeira Adão

Psicóloga. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SES/SP. Endereço: Rua Santa Cruz, 81, Vila Mariana, CEP 04121-000, São Paulo, SP, Brasil.

Marcos Túlio Raposo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Medicina Preventiva – FM/USP – Equipe QUALIAIDS. Endereço: José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho, CEP 45200-000, Jequié, BA, Brasil.

Maria Inês Battistella Nemes

Departamento de Medicina Preventiva – FM/USP – Equipe QUALIAIDS. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2 andar, sala 2243, Cerqueira Cesar, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mibnemes@usp.br

¹ Projeto de pesquisa financiado com recursos FAPESP, CHAMADA PP-SUS 2006/2007. Processo N° 2006/61277-6.

Resumo

O sucesso da terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento da Aids depende da manutenção de altas taxas de adesão à terapêutica medicamentosa. Em que pese o destaque que o plano propositivo do Programa Nacional de DST/Aids tem dado para a questão, não se conhecem as tecnologias voltadas para a adesão em curso nos serviços. Com base na análise de questionário semiestruturado distribuído a todos os serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo, este estudo descreve os tipos de intervenções implantados. No Estado de São Paulo, a adesão à TARV está incorporada nas atividades ambulatoriais dos serviços que assistem PVHA. Quase todos os serviços informam realizar atividades individuais e, a maioria, pelo menos uma atividade coletiva para melhorar a adesão. Entretanto, para grande parte dos serviços as atividades para a adesão, bem como a avaliação da adesão do paciente, ocorrem nas consultas médicas e de enfermagem. Isso indica que o trabalho de adesão consiste predominantemente de questionamentos e discussões com o paciente: o profissional decide de que modo e quando abordar a adesão. Os serviços especializados e que acompanham o maior número de pacientes tendem a apresentar atividades mais qualificadas e mais específicas.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cooperação do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade.

Abstract

The success of antiretroviral therapy for AIDS treatment depends on the maintenance of high rates of adherence to drug therapy. Despite the emphasis given to the question by the Brazilian STD / AIDS Program, the adherence technologies that are in course on outpatient services are not known. Based on the analysis of a semi-structured questionnaire distributed to all outpatient services of the State of São Paulo, this study describes the types of interventions that have been implemented. In the State of São Paulo, adherence to HAART is incorporated into the activities of outpatient services. Almost all services inform interventions administered to individuals, and the majority, at least one group intervention to improve adherence. However, in many outpatient services, adherence interventions, as well as the assessment of patient's adherence, take place during nursing and medical consultations. This indicates that the adherence technology approach consists predominantly of questioning and discussions with the patient, meaning that the professionals decide when and how they address adherence. The larger and more specialized services tend to have more qualified and more specific activities.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient Compliance; Health Services Research; Antiretroviral Therapy, Highly Active.

Introdução

O emprego da Terapia Antirretroviral (TARV) proporcionou dramático impacto na mortalidade por Aids e aumento na sobrevida. Entretanto, esse panorama depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso (Paterson e col., 2000). No Brasil, até dezembro de 2007, havia aproximadamente 180.640 pessoas sob TARV, das quais 67.234 no Estado de São Paulo (Brasil, 2008). A importância crucial da adesão ao tratamento tem sido reconhecida pelo Programa Nacional de DST/Aids desde o final dos anos 1990. Em que pese o destaque que o plano propositivo do Programa (Brasil, 2007) tem dado para a questão, não se conhecem as tecnologias voltadas para a adesão em curso nos serviços.

Objetivo

Este estudo descreve as atividades implantadas nos serviços do SUS, que atendem em nível ambulatorial pessoas vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo, para a melhoria da adesão.

Materiais e Métodos

O universo do estudo foi constituído dos 179 serviços que constavam do banco de dados do Programa Estadual de HIV/Aids. Solicitou-se aos gerentes que respondessem um questionário semiestruturado com as variáveis: identificação e características gerais, parceria com Organização Não Governamental (ONG), número de adultos sob TARV, formas e frequência de avaliação da adesão, atividades em execução para melhoria da adesão, atividades para populações específicas e materiais utilizados.

Os dados foram digitados em banco de dados eletrônico (Epidata 3.0). São apresentadas as frequências absoluta e relativa com intervalos de 95% de confiança. Calcularam-se as medidas de tendência central e de dispersão. Para testar associação entre variáveis categóricas utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fischer e Qui-quadrado de tendência linear, no nível de significância de $p < 0,05$.

Para explorar a interdependência das variáveis categóricas em espaço de menor dimensionalidade, utilizou-se da técnica de Análise de Correspondências Múltiplas. A proximidade dos pontos no mapa fatorial foi interpretada como similaridade de condições.

Resultados

Responderam ao questionário 136 (76,0%) serviços. Não há diferenças estatisticamente significantes entre os serviços que responderam e não responderam quando examinados sua distribuição por macroáreas do estado, número de pacientes em TARV e tipos de serviços (Ambulatório de DAT/AIDS, ambulatório de Moléstias Infecciosas, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Hospitais, Unidades Básicas de Saúde).

A mediana de pessoas sob TARV foi de 133 (intervalo interquartil de 50 a 397). As 17 Unidades Básicas de Saúde (12,8% dos serviços) representam a maior proporção de serviços com menos de 20 pessoas, enquanto os 47 ambulatorios especializados em DST/Aids (35,3%) e os 29 ambulatorios de MI (21,8%) são representativos dos serviços maiores ($\chi^2=75,3$ $p<0,0001$) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Proporção do tamanho por tipo de serviço que atendem PVHA no estado de São Paulo (n = 131)

A grande maioria refere que a avaliação da adesão ocorre nas consultas médicas (127; 93,4%) e de enfermagem (91; 66,9%). Os serviços especializados em HIV/Aids informam maior proporção de avaliação por meio da retirada de medicamentos na farmácia do que os serviços de outros tipos ($\chi^2 = 12,0$ - $p < 0,05$). O tamanho do serviço mostrou associação com o tipo de avaliação, isto é, naqueles que acompanham mais de 1000 pessoas sob TARV cada profissional pergunta de uma maneira ($\chi^2 = 13,6$ - $p < 0,05$).

A maioria das atividades individuais de estímulo à adesão é realizada por médicos (93,4%) e enfermeiros

(67%). Os serviços especializados em HIV/Aids referem maior proporção de envolvimento de psicólogos ($\chi^2 = 14,4$ - $p < 0,01$) e assistentes sociais ($\chi^2 = 14,2$ - $p < 0,01$) nessas atividades do que os demais tipos de serviço. Os serviços com maior número de pacientes também estão associados ao maior envolvimento de psicólogos ($\chi^2 = 21,5$ - $p < 0,01$) e assistentes sociais ($\chi^2 = 19,0$ - $p < 0,01$).

Realizar atividades coletivas como grupos de adesão ($\chi^2 = 16,3$ - $p < 0,01$), atividades em sala de espera ($\chi^2 = 10,8$ - $p < 0,05$) e existência de outras atividades coletivas ($\chi^2 = 10,5$ - $p < 0,05$) foram mais frequentes em serviços especializados do que em unidades básicas. Os grupos de adesão (χ^2 tendência linear = 11,0 - $p < 0,001$) e outras atividades coletivas são mais realizados à medida que aumenta o tamanho do serviço (χ^2 tendência linear = 17,9 - $p < 0,001$).

Apenas 56 serviços (41,2%) referiram possuir atividades para populações específicas, sendo a maioria dirigida para gestantes (38; 27,9%, IC95% 20,5 - 36,3).

Como material de apoio às atividades de adesão, a maioria (68,5%) utiliza folhetos; 48,6% referem o uso de frascos de medicamentos. O uso de comprimidos avulsos é maior nos serviços especializados ($\chi^2 = 15$, - $p < 0,01$) e maiores ($\chi^2 = 15,6$ - $p < 0,01$). Já o emprego de planilhas e de material áudio-visual está associado apenas aos serviços de tamanho médio ($\chi^2 = 15,7$ - $p < 0,01$; $\chi^2 = 14,4$ - $p < 0,05$).

Afirmaram ter parcerias estabelecidas com as ONGs 40 serviços (29,4%). Destes, 23 (57,5%) encaminham para ONG, 12 (30,0) têm ONG atuando dentro do serviço e cinco (12,5%) utilizam as duas formas de parceria. O tamanho e o tipo de serviço possuem associação com a existência de parceria com ONG, que é mais frequente nos ambulatorios especializados em HIV/Aids ($\chi^2 = 13,9$ - $p < 0,01$) e nos serviços maiores ($\chi^2 = 18,4$ - $p < 0,01$). Parceria com ONG também está associada ao desenvolvimento de atividades com gestantes ($\chi^2 = 5,9$ - $p < 0,05$) e portadores de lipodistrofia ($\chi^2 = 5,3$ - $p < 0,05$).

A análise de correspondências resulta em dois eixos principais que explicam 32% da variância. O mapa fatorial mostra a proximidade de serviços grandes com presença na capital. Os ambulatorios de DST/Aids e de MI apresentam proximidade com estímulo à adesão por psicólogos e assistentes sociais, parcerias com ONGs, fazerem grupos de adesão e outras atividades coletivas (Figura 1).

Figura 1 - Mapa fatorial da Análise de Correspondências

Café — realiza café como atividade coletiva de estímulo à adesão; **Grupo** — realiza grupo de adesão; **Farmácia** — avalia adesão através da retirada da medicação na farmácia; **Psicolog** — consulta do psicólogo como atividade de estímulo à adesão; **Ass soci** — consulta do Assistente Social como atividade de estímulo à adesão; **Profiss** — Cada profissional pergunta de uma maneira para avaliar a adesão; **Capital** — Serviços localizados na capital; **Ativ col** — realização de atividades coletivas; **ONGs** — existência de parceria com ONG; **Tipo AE** — Ambulatório de Especialidades; **Tipo AMI** — Ambulatório de Moléstias Infecciosas; **Tipo AMB DST/Aids** — Ambulatório de DST/Aids; **Tipo AH** — Ambulatório de Hospital; **Tipo UBS** — Unidade Básica de Saúde; **Tamanho pequeno**: até percentil 25; **Tamanho médio**: percentil 25 a 75; **Tamanho grande**: maior percentil 75.

Conclusões

A adesão à TARV está incorporada às atividades ambulatoriais dos serviços que assistem PVHA no Estado de São Paulo. Quase todos os serviços informam realizar atividades individuais e, a maioria, pelo menos uma atividade coletiva para melhorar a adesão. A maioria dos serviços aborda a adesão nas consultas médicas e de enfermagem. Isso indica que o trabalho de adesão consiste predominantemente de questionamentos e discussões com o paciente. O profissional decide de que modo e quando abordar a adesão. Já apontávamos a predominância dessa abordagem inespecífica e altamente dependente do desempenho de cada profissional em estudos conduzidos em 1999 (Castanheira e col., 2000) e 2001 (Melchior e col., 2006).

Os serviços especializados e que acompanham o maior número de pacientes tendem a apresentar atividades mais qualificadas e mais específicas, ou seja, se apoiam mais na equipe multidisciplinar, realizam controle da retirada da medicação na farmácia, possuem mais atividades coletivas e se articulam mais com as ONGs. Isso pode indicar persistência da associação entre melhor qualidade e complexidade do serviço, já apontada em estudo de 2001 (Nemes e col., 2004a). A maior chance de não adesão associada a serviços com menos de 100 pacientes, também já apontada em estudo anterior (Nemes e col., 2004b), ressalta a necessidade de investigar melhor esses aspectos. Adicionalmente, é preciso maior investigação, sobretudo no desenvolvimento e disseminação de tecnologias específicas e potencialmente efetivas para a melhoria da adesão à TARV.

Referências

- CASTANHEIRA, E. R. L.; CAPOZZOLO, A. A.; NEMES, M. I. B. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-51, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Monitoraids*: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids2/abrir.asp?valor=234>>. Acesso em: 1 out. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.
- NEMES, M. I. B.; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M. F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*, v. 18, Suppl. 3, p. S15-20, 2004a.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S310-21, 2004b.
- PATERSON, D. L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000.

8. REFERÊNCIAS

- Acurcio FA, Cesar CC, Guimarães MDC. Health care utilization and survival among patients with AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.4, pp. 811-20.
- Adamian MS, Golin CE, Shain LS, DeVellis B. Brief Motivational Interviewing to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: Development and Qualitative Pilot Assessment of an Intervention. *AIDS Patient Care and STDs*. Volume 18, Number 4, 2004.
- Adão VM, Merighi IM. Grupo de adesão - Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. In: Teixeira PR, Paiva V. Shimma E. Tá difícil de engolir? *Nepaids*. 2000. p.129-34.
- Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.13 nº 6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2008.
- Amico KR, Harman JJ, Johnson BT. Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions - A research synthesis of trials, 1996 to 2004. *JAIDS*. 2006;41:285-97.
- Asch SM, Sa'Adah MG, Lopes R, Kokkinis A, Richwald G, Rhew DC. Comparing Quality of Care for Sexually Transmitted Diseases in Specialized and General Clinics. *Public Health Reports*. 2002; Vol.117:157-63.
- Bangsberg DR, Moss AR, Deeks St. G. Paradoxes of adherence and drug resistance to HIV antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2004;53(5):696-9.
- Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Robertson M, Zolopa AR, Moss A. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*. 2001;15(9):1181-3.
- Bangsberg DR, Weiser SD, Guzman D, Riley ED. 95% Adherence is not necessary to suppress the majority of individuals to less than 400 copies/mL on NNRTI regimens. Twelfth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 616, February 22-25, 2005. Poster #K-161. Disponível em: http://ari.ucsf.edu/science/posters_2005/bangsberg_croi.pdf . Acesso em: 15/ 08/2008.
- Bangsberg DR. Less Than 95% Adherence to Nonnucleoside Reverse-Transcriptase Inhibitor Therapy Can Lead to Viral Suppression. *Clinical Infectious Diseases* 2006; 43:939-41.

Barber N, Rawlins M, Franklin BD. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 1):i29-i32.

Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? *Qual. Saf. Health Care*. 2002;11;81-4.

Basso CR. Avaliação da efetividade de uma intervenção psicossocial para melhorar a adesão do paciente à terapia antirretroviral da AIDS: ensaio controlado aleatório utilizando monitoramento eletrônico. [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010

Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med*. 2006;21:661-5.

Bernardini J. Ethical Issues of Compliance/Adherence in the Treatment of Hypertension. *Advances in Chronic Kidney Disease*, Vol. 11, Nº 2 (April), 2004: pp 222-7.

Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(12):2979-84, dez, 2008.

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 16(4):261-278, out-dez, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Monitoraids. [Brasília]. [s/d] Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/#>. Último acesso em: 19/02/2010.

Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano V - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007. Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. 60p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a 80% adesão ao tratamento antirretroviral. *Bol Epid DST/Aids* 1998; 11(3). Disponível em: www.aids.gov.br (Último acesso 20/11/2006).

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. MONITORAIDS. s/d. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/> Último acesso em: 15/02/2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids, 2005. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/default.asp> Acesso em 14/04/2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids . DST – Versão preliminar. 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B5E12D537-5F08-484B-9960-F54FE345DC31%7D/Boletim2009_preliminar.pdf. Último acesso em: 07/04/2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids. UNGASS – HIV/Aids. UNGASS - Resposta Brasileira 2005/2007. Relatório de Progresso do País. Programa Nacional de DST e Aids. Brasil 2008. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_ungass_2008_pt.pdf. Acesso em 24 de abril de 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Política de incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - Orientações para elaboração do plano de ações e metas para 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/incentivo/Elabora_Pam/ORIENTACAO_PAM_INCENTIVO_2008_Final.doc> (Último acesso: 28/08/2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. 2007. Brasília. 32p. Disponível em www.aids.gov.br (Último acesso: 14/10/2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 1ª ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Caraciolo JMM, Shimma E. (Org). Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007. 289 p. Série: Prevenção às DST/AIDS.

CASCADE Collaboration. Short-Term Risk of AIDS According to Current CD4 Cell Count and Viral Load in Antiretroviral Drug-Naive Individuals and Those Treated in the Monotherapy Era. *AIDS*18(1):51-58, 2004.

Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_apres.htm. Acesso em 20 de julho de 2009.

Charles M, Kato M. AIDS Care and the Importance of Community Involvement - Lessons From Developing Countries. *Medscape HIV/AIDS*. 2006;12 (1). Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/520420>. Último acesso 21 09 2009.

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L. et al. Determinants of survival in adult Brazilian Aids patients, 1982-1989. *Aids* 1992; 6:483-7.

Chesney MA. Compliance: How Physicians Can Help. *HIV in Site*, 1997. Disponível em: <http://hivinsite.ucsf.edu/hiv?page=md-kbr-03-02-09>. Último acesso em 02/04/2009.

Chesney MA. The Elusive Gold Standard - Future Perspectives for HIV Adherence Assessment and Interventionm. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;43:S149-S155.

Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract*. 2008;62(1):76-87.

Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *A.J.P.H.* 1968;58(2):274-88.

DeBusk RF, Miller NH, Superko R, Dennis CA, Thomas R, Berger WE, Heller RS, Rompf J, Gee D et al. A Case-Management System for Coronary Risk Factor Modification after Acute Myocardial Infarction. *Annals of Internal Medicine*. 1994. Vol. 120 Number 9.

DECRETO Nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51433_281206.pdf. Acesso em 20 de julho de 2009.

Dévieux JG, Malow RM, Jean-Gilles MM, Samuels DM, Deschamps MM, Ascencio Jr. M, Jean-Baptiste, L, Pape, JW. Reducing Health Disparities Through Culturally Sensitive Treatment for HIV+ Adults in Haiti. *ABNF J*. 2004 ; 15(6): 109-15.

Dilorio C, Resnicow K, McDonnell M, Soet J, McCarty F, Yeager K. Using Motivational Interviewing to Promote Adherence to Antiretroviral Medications: A Pilot Study. *JANAC Vol.14, Nº 2, March/April 2003*.

DiMatteo MR & Di Nicola DD. Achieving Patient Compliance: The psychology of the Medical Practitioner's Role. New York: Pergamon Press. 1982.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment - Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160:2101-7.

DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*. 2004;23(2):207-18.

DiMatteo MR. Variations in patients adherence to medical recommendations. *Med Care* 2004; 42(3):200-209. doi:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9.

Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41:192-9.

Everitt BS. *Cluster Analysis*, Second Edition, London: Heineman Educational Books Ltd. 1980.

Fischl M, Castro J, Monroig R, et al. Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials. Presented at: 8th Eighth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2001; Chicago. Feb 4-8; 8: 202 (abstract nº 528).

Flaks RC, Burman WJ, Gourley PJ, Rietmeijer CA, Cohn DL. HIV transmission risk behavior and its relation to antiretroviral treatment adherence. *Sexually transmitted diseases*. 2003, vol. 30, nº5, pp. 399-404.

Fogarty L, Roter D, Larson S, Burke J, Gillespie J, Levy R. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling* 46 (2002) 93-108.

Goldie SJ, Paltiel AD, Weinstein MC, Losina E, Seage GR, Kimmel AD, Kwalensky RP, Sax PE, Freedberg KA. Projecting the cost-effectiveness of adherence interventions in persons with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med*. 2003;115(8):632-41.

Golin CE, Earp J, Tien HC, Stewart P, Porter C, Howie L. A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *JAIDS*. 2006;42:42-51.

Golin CE, Smith SR, Reif S. Adherence Counseling Practices of Generalist and Specialist Physicians Caring for People Living with HIV/AIDS in North Carolina. *J GEN INTERN MED* 2004; 19:16–27.

Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *British J General Practice*, 1990; 40:114-6.

Guibu IA, Barros MBA, Cordeiro MRD, Tayra A, Alves MCGP, Pereira GFM. Estudo de Sobrevida de Pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999 – Fase I - Regiões Sul e Sudeste. In: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Ano V - nº 1, 27ª-52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007. Ano V - nº 1, 01ª-26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. P51-53.

Gupta N, Silva AC, Passos LN. The role of integrated home-based care in patient adherence to antiretroviral therapy. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005; 38:241-5.

Hammer S et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*, 2008, 300:555-70.

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005.

Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996;348:383-86.

Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001.

Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, Magid DJ. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166:1836-41.

Hogg R, Lima V, Sterne JA, Grabar S, Battegay M, Bonarek M, D'Arminio MA, et al. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*. 2008;26;372(9635):293-9.

Hogg R, Yip B, Chan K, O'Shaughnessy M, Montaner J. Non-adherence to triple combination therapy is predictive of AIDS progression and death in HIV-positive men and women. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2000. Abstract nº73. Disponível em: <http://www.retroconference.org/2000/abstracts/73.htm> Acessado em 28/08/2005.

Holstad M, Dilorio C, Magowe M. Motivating HIV Positive Women to Adhere to Antiretroviral Therapy and Risk Reduction Behavior: The KHARMA Project. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2006. Vol. #11 No. #1, Manuscript 4. Disponível em: www.nursingworld.org/ojin/topic29/tpc29_4.htm. Último acesso: 11/12/2009.

Horne R. Compliance, Adherence, and Concordance - Implications for Asthma Treatment. *Chest* 2006;130;65S-72S. DOI 10.1378/chest.130.1_suppl.65S. Disponível em: http://chestjournal.chestpubs.org/content/130/1_suppl/65S.full.html. Último acesso em 17/07/2009.

Ickovics JR, Meade CS. Adherence to Antiretroviral Therapy Among Patients With HIV: A Critical Link Between Behavioral and Biomedical Sciences. *JAIDS*. 2002;31(3)15.

Kalichman AO, Gianna MC, Bueno SM, Basso CR, Ruiz EAC, Tayra A, et al. Survival among Aids patients by situation before and after HAART availability at STD/Aids training and referral center, São Paulo, Brazil. In: XIV International Conference on Aids, Abstract MoOrD1088, v.1. Bangkok; 2004. p. 157.

Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential medical statistics. 2nd ed. Blackwell Science: Massachusetts, USA. p.502. 2006.

Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions - A Systematic Review. Arch Intern Med. 2007;167:540-50.

Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn LR, et al. Physician Specialization and the Quality of Care for Human Immunodeficiency Virus Infection. Arch Intern Med. 2005;165:1133-9.

Lau D, Nau D. Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individuals with Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2004; 27:2149-53.

Leite JCC, Drachler ML, Centeno MO, Cézar, Pinheiro CAT, Silveira VL. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(1), pp. 121-133

Lignani Jr L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):495-501.

Lohse N, Hansen ABE, Gerstoft J, Obe N. Improved survival in HIV-infected persons: consequences and perspectives. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2007) 60, 461-3.

Lyon ME, Trexler C, Akpan-Townsend C, Pao M, Selden K, Fletcher J, Addlestone IC, D'Angelo LJ. A family group approach to increasing adherence to therapy in HIV-infected youths: results of a pilot project. AIDS Patient Care STDS. 2003;17:299-308.

Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An Overview of Interventions to Improve Compliance With Appointment Keeping for Medical Services. JAMA. 1992;267:1813-17.

Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The Consistency of Adherence to Antiretroviral Therapy Predicts Biologic Outcomes for Human Immunodeficiency Virus-Infected Persons in Clinical Trials. Clinical Infectious Diseases 2002; 34:1115-21.

Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients. Aids: Vol 17(11) 25 July 2003 pp 1675-82.

Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1(3):189-99.

McCance-Katz EF, Gourevitch MN, Arnsten J, et al. Modified directly observed therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *Am J Addict*. 2002;11:271-8.

McCombs JS, Nichol MB, Newman CM, Sclar DA. The Costs of Interrupting Antihypertensive Drug Therapy in a Medicaid Population. *Medical Care*, Vol. 32, Nº 3 (Mar 1994), pp. 214-26.

McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *JAMA*. 2002. 288:2868-79.

Medicines Partnership. A question of choice - compliance in medicine taking. 3rd edition published June 2005. Disponível em http://www.npci.org.uk/adherence_to_medicines/atm/intro/resources/library_goc_compliance.pdf. Acesso em 04/04/2009.

Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchala CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl. 2):87-93.

Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Publ* 2006; 40: 143-51.

Melchior R, Nemes MIB, Cáritas RB, Elen RLC, Alves MTSB, Buchalla CM, Donini AA, Equipe Qualiaids. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(1):143-51.

Mellors JW, Muñoz A, Giorgi JV, Margolick JB, Tassoni CJ, Gupta P, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med*. 1997;126:946-54.

Mellors JW, Rinaldo CR, Gupta P, White RM, Todd JA, Kingsley LA, et al. Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science*. 1996, 272:1167-70.

Mion DJ. Adesão ao tratamento: importância e perspectivas para o novo milênio – Jovem médico. *Línea Médica*, p. 4-8. 2000 (Ed. especial)

Mitty JAF, Macalino G, Taylor L, Harwell JI, Timothy P, Flanigan TP. Directly Observed Therapy (DOT) for Individuals With HIV: Successes and Challenges. *Medscape General Medicine*. 2003;5(1).

Montaner J. Welcome remarks by Pedro Cahn, Julio Montaner and Craig McClure, and introduction of newly elected Governing Council members. IAS 20th Anniversary symposium. XVII International AIDS Conference. 3-8 August 2008.

Moraes AS, Adriano EA, Dalfovo MS, Zancanaro MDE. "Grupo amizade": Relato de vivências realizadas por mulheres usuárias do Ambulatório de Referência DST/AIDS de Blumenau-SC – Hospital Dia. In: 7 HIV AIDS Virtual Congress. Disponível em: <http://www.aidscongress.net> (Último acesso 28/11/2006)

Munakata J, Benner JS, Becker S, Dezii CM, Hazard EH, Tierce JC. Clinical and economic outcomes of nonadherence to highly active antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus. *Med Care*. 2006;44(10):893-9.

Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 2007, 7:104. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/104>. Último acesso em 26/09/2009.

Muszbek N, Brixner D, Benedict A, Keskinaslan A, Khan ZM. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J Clin Pract*. 2008;62(2):338-51.

Nemes MIB (Org). Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos de Saúde no Estado de São Paulo. Brasília. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DSTe Aids. 2000. 172p.il. (Série Avaliação, 1).

Nemes MIB, Alencar TMD. Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/Aids - Qualiaids, Relatório 2007/2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2008. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/Relat%F3rio_Qualiaids_2008_PDF.pdf. Último acesso: 27/12/2010.

Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, et al. [Coord]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Qualiaids : avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFMS. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*. 2004;18(3):5-20.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Santa Helena ET, Melchior R, Caraciolo JMM, Basso CR, Alves MTSSB, Alencar TMD, Ferraz DAZ. Nemes 2009 Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(2):207-12.

Nemes MIB, Melchior R, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSSB, Conway S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. BMC Health Services Research. 2009, March, 9:51. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/51>. Acesso em 02/05/2009.

Ohl ME, Landon BE, Cleary PD, LeMaster J. Medical Clinic Characteristics and Access to Behavioral Health Services for Persons With HIV. Psychiatric Services 59:400-7, 2008.

Osterberg, L, Blaschke, T. Drug therapy - Adherence to Medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.

Park-Wyllie LY, Kam D, Bayoumi MA. The Adherence Support Gap: The 'Ideal' Versus 'Reality' of Antiretroviral Adherence Support Provided by HIV Health Providers in Clinical Practice. Published Online, 2 June 2009, <http://www.theannals.com/>, DOI 10.1345/aph.1L663. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 43, No. 6, pp. 1036-1044. DOI 10.1345/aph.1L663 7

Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Annals of internal medicine, vol. 133, Nº1:21-30. July, 2000.

Pearson CR, Micek M, Simoni JM, et al. Modified Directly Observed Therapy to Facilitate Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence in Beira, Mozambique: Development and Implementation. JAIDS. 2006;43(1):S134-41.

Pradier C, Bentz L, Spire B, Tourette-Turgis C, Morin M, Souville M, Rebillon M, Fuzibet JG, Pesce A, Dellamonica P, Moatti JP. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. HIV Clin Trials. 2003;4:121-31.

Reisner SL, Mimiaga MJ, Skeer M, Perkovich B, Johnson CV, Safren SA. A Review of HIV Antiretroviral Adherence and Intervention Studies Among HIV-Infected Youth. International AIDS Society-USA. Adherence and Intervention in Youth Vol. 17; Issue 1-February/March 2009.

Remien RH, Exner TM, Morin SF, Ehrhardt AA, Johnson MO, Correale J, et al. The NIMH Healthy Living Project Team. Medication Adherence and Sexual Risk Behavior among HIV-Infected Adults: Implications for Transmission of Resistant Virus. AIDS and Behavior. Vol. 11, Nº 5, September, 2007. p 663-75.

Remien RH, Stirratt MJ, Dolezal C, Dognin JS, Wagner GJ, Carballo-Diequez A, El-Bassel N, Jung TM. Couple-focused support to improve HIV medication adherence: a randomized controlled trial. AIDS. 2005;19:807-14.

Rosa VK, Silva MLS, Gnoato RM, et al. Adesão ao Tratamento em Alvorada – RS/Brasil. In: 4.o HIV-AIDS - Virtual Congress. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=192. Último acesso 07/12/2006.

Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment. *Cancer J Clin.* 2009;59:56-66.

Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Coch Database Syst Rev.* 2006; 3: CD001442. Disponível em: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001442/pdf_fs.html (Último acesso: 20/11/2009)

Ruiz L, Romeu J, Clotet B, Balague M, Cabrera C, Sirera G, et al. Quantitative HIV-1 RNA as a marker of clinical stability and survival in a cohort of 302 persons with a mean CD4 cell count of $300 \times 106/l$. *AIDS* 1996;10:F39-F44.

Saber Viver - Profissional de Saúde. Os limites da adesão ao tratamento da aids. O que fazer quando o paciente não quer mesmo aderir? Saber Viver Online. 2008. No12 Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/> Último acesso em 10/03/2010.

Sabin CA, Devereux H, Phillips AN, Hill A, Janossy G, Lee CA, et al. Course of viral load throughout HIV-1 infection. *J AIDS.* 2000;23:172-7.

Sabin CA, Devereux H, Phillips AN, Janossy G, Loveday C, Lee CA. Immune markers and viral load after HIV-1 seroconversion as predictors of disease progression in a cohort of haemophilic men. *AIDS* 1998;12:1347-52.

SAFRE: Life-Steps, is a single-session intervention utilizing cognitive-behavioral, motivational interviewing, and problem-solving techniques. Life-Steps, is a single-session intervention utilizing cognitive-behavioral, motivational interviewing, and problem-solving techniques.

Safren SA, Otto MW, Worth JL, Salomon E, Johnson W, Mayer K, Boswell S. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy* 39 (2001) 1151-62.

Sampaio-Sa M, Page-Shafer K, Bangsberg DR, Evans J, Dourado ML, Teixeira C, Netto EM, Brites C. 100% Adherence Study: Educational Workshops vs. Video Sessions to Improve Adherence Among ARTNaïve Patients in Salvador, Brazil. *AIDS and Behav.* 2008. 10.1007/s10461-008-9414-0.

Santos, DF. Vivendo com HIV/Aids: cuidado, tratamento e adesão na experiência do Grupo com Vida. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social; 2002.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/AIDS. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico C.R.T. – DST/AIDS. CVE. Ano XXVI – Nº 1. Dezembro 2009.

Schackman BR, Finkelstein R, Neukermans CP, Lewis L, Eldred L, Center For Adherence Support And Evaluation (CASE) Team. The cost of HIV medication adherence support interventions: results of a cross-site evaluation. *AIDS Care*. 2005;17(8):927-37.

Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How Can We Improve Adherence to Blood Pressure–Lowering Medication in Ambulatory Care? Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med*. 2004;164:722-32.

Seidl ELF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10):2305-2316, out, 2007.

Silva N, Gravato DA, Bernardes LM. Grupos de adesão um empoderamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS em Santos. In: VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS - Desafios da Prevenção e Assistência. 2006 04-07 Nov; Belo Horizonte, Brasil.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface* 2005; 9: 91-104.

Simoni JM, Frick PA, Pantalone DW, Turner BJ. Antiretroviral Adherence Interventions: A Review of Current Literature and Ongoing Studies. *International AIDS Society – USA. Topics in HIV Medicine Volume 11 Issue 6*;185-98, November/December 2003.

Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006 July 1; 333(7557): 15. doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/333/7557/15>. Acesso em 13/04/2009. Acesso em 12/04/2009.

Smith RJ. Adherence to antiretroviral HIV drugs: how many doses can you miss before resistance emerges? *Proc. R. Soc. B* 7 March 2006;273(1586) 617-24.

Soares AM, Madalena M, Tavares LHLC. Grupo de Apoio para Pacientes com HIV/AIDS da Unidade Mista de Saúde da Asa Sul – Brasília. In: VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS - Desafios da Prevenção e Assistência. 2006 04-07 Nov; Belo Horizonte, Brasil.

Solomon L, Flynn C, Lavetsky G. Managed Care for AIDS Patients Is Bigger Better? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:342-7.

Stenzel MS, McKenzie M, Mitty JA. et al. Enhancing adherence to HAART: a pilot program of modified directly observed therapy. *AIDS Read*. 2001;11:317-8.

Teixeira PR, Paiva V, Shimma E (orgs) “Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo”. São Paulo: NEPAIDS-SP, 2000.

Tuldrà A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Baye's R, Arno A, Balague M, et al. Prospective Randomized Two-Arm Controlled Study To Determine the Efficacy of a Specific Intervention To Improve Long-Term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *JAIDS*. 2000;25(3):221-8.

Tuldrà A, Wu AW. Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy. *JAIDS*. 2002;31(3).

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 685p. ISBN 978-85-326-2751-3.

UNAIDS. 2008 Report on the global AIDS epidemic: 362p

Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J*. 1996;17(Suppl A): 8-15.

USA - Department of health & human services. Medication Regimens: Causes of noncompliance. Office of Evaluation and Inspections. June, 1990.

van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007;7:55 doi:10.1186/1472-6963-7-55.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2001;26:331-42.

Vitória MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html>. Último acesso em 15/09/09.

Wagner GJ, Kanouse DE, Golinelli D, et al. Cognitive-behavioral intervention to enhance adherence to antiretroviral therapy: a randomized controlled trial (CCTG 578). *AIDS*. 2006; 20:1295-302.

WHO. Adherence To Long-Term Therapies Evidence For Action, 2003. Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. Último acesso em 13/10/09.

Wise J, Operario D. Use of Electronic Reminder Devices to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review. *AIDS Patient Care and STDs* Volume 22, Number 6, 2008.

World Health Organization. Adherence To Long-Term Therapies Evidence For Action, 2003. Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. Último acesso em 13/10/09.