

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**DESAFIOS ENFRENTADOS NA ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL SOB O
OLHAR MULTIPROFISSIONAL**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Danieli Bandeira

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo
publicável -

**Desafios enfrentados na adesão ao tratamento antirretroviral
sob o olhar multiprofissional**

Elaborado por

Danieli Bandeira

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Sandra Trevisan Beck

Coorientado por

Prof^a. Dr^a. Teresinha Heck Weiller

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde,
ênfase em Vigilância em Saúde**

Comissão Examinadora:

**Dra. Sandra
Trevisan Beck (UFSM)-
Presidente**

**Dra. Sheila
Kocourek (UFSM)**

**Mda. Helena
Corolina Noal (UFSM)**

Santa Maria, 19 de março de 2014.

RESUMO

Universidade Federal de Santa Maria/UFSM
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde

DESAFIOS ENFRENTADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL SOB O OLHAR MULTIPROFISSIONAL

AUTORA: DANIELI BANDEIRA

ORIENTADORA: Profª Dra. SANDRA TREVISAN BECK

CO-ORIENTADORA: Profª Dra. TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Apresentação: Santa Maria, 19 de março de 2014.

O presente relato objetiva apresentar a intervenção realizada junto a usuários e profissionais de saúde, a partir dos resultados da pesquisa que buscou verificar os fatores prevalentes que dificultam a adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV) entre indivíduos em tratamento para a AIDS em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). O estudo caracteriza-se como transversal, quali-quantitativo, onde usuários não aderentes, em acompanhamento no ambulatório de adesão do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Casa Treze de Maio foram atendidos pela equipe multiprofissional. A intervenção foi realizada nos meses de abril de 2013 a fevereiro de 2014, por residentes de um programa de residência multiprofissional na área de concentração vigilância em saúde e crônico-degenerativo de uma universidade federal brasileira, e constituiu-se de quatro etapas: busca ativa com os usuários não aderentes em uso de TARV; aplicação de questionários aos usuários; consulta multiprofissional com enfoque na adesão ao TARV; e intervenção junto aos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) com maior prevalência de usuários não aderentes. Sabe-se que a adesão ao TARV assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Logo, faz-se necessário o trabalho da equipe multiprofissional em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde para que as pessoas que vivem com HIV/AIDS tenham garantido seus direitos enquanto usuários do SUS.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Comunicação Interdisciplinar; AIDS.

ABSTRACT

Federal University of Santa Maria / UFSM
Center for Health Sciences
Graduate Program in Integrated Multidisciplinary Residency in Public Health
System

CHALLENGES IN JOINING THE TREATMENT UNDER THE LOOKING ANTIRETROVIRAL MULTIPROFESSIONAL

AUTHOR: DANIELI BANDEIRA

GUIDANCE: Prof. Dr. SANDRA TREVISAN BECK

CO-ADVISOR: Prof. Dr. TERESINHA HECK WEILLER

Date and Place of Presentation: Santa Maria, March 19, 2014.

This report aims to present the intervention carried out among users and health professionals, from the results of the research was to ascertain the prevalent factors that hinder adherence to Antiretroviral Treatment among individuals in treatment for AIDS in a town in Rio Grande do Sul (RS). The study is characterized as a cross, qualitative and quantitative, where nonadherent users followed at the outpatient clinic of the University Hospital of accession Santa Maria (HUSM), and the Counseling and Testing Center (ATC) Thirteen House May were attended by multidisciplinary team. The intervention was conducted from April 2013 to February 2014, residents of a multi-residence program in the area of concentration monitoring in health and chronic-degenerative a Brazilian federal university, and consisted of four stages: active search with nonadherent in HAART users; questionnaires users; multidisciplinary consultation focusing on ART adherence, and intervention with professionals Primary Health Care with a higher prevalence of non-adherent users. It is known that ART adherence is crucial at the prospect of a long life and quality. Therefore, it is necessary to work in multidisciplinary team coordinated and complementary networks between different levels of health care for people living with HIV / AIDS have guaranteed their rights as SUS users.

Keywords: Health Care; Interdisciplinary Communication; AIDS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	7
3 RESULTADOS	9
3.1 Caracterização dos usuários da intervenção	9
3.2 A experiência da equipe multiprofissional na intervenção com os usuários.....	10
3.3 A voz do usuário.....	122
3.3.1 Relações entre usuário e serviços de saúde	12
3.3.2 Fatores atribuídos para a não adesão ao TARV	144
3.3.3 Contribuições dos usuários frente ao seu tratamento	177
3.4 A experiência da equipe de residentes multiprofissionais na intervenção com os profissionais da APS	188
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 70 a sociedade mundial passou a conhecer a AIDS, a qual é desencadeada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vírus este identificado em 83, passando a ser um importante problema de saúde pública, em decorrência do seu caráter pandêmico. Atualmente, 40 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus, fato que a coloca como a quarta causa de mortalidade mundial. No Brasil, 718 mil pessoas vivem HIV/AIDS (BRASIL, 2013; RESENDE et al, 2012; ZANCHI, 2010).

Dentre os desafios da atenção a saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS, destaca-se, a adequada adesão ao tratamento, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, além do uso contínuo de medicamentos, desafiando a conformação de novos arranjos na rede de atenção à saúde que contribuam para a adesão ao tratamento, a qual é determinante para a perspectiva de uma vida longa e com qualidade (ALMEIDA, et al 2011).

Para favorecer a adesão ao tratamento entre os portadores do vírus HIV é importante que a equipe de saúde conheça os fatores que possam vir a interferir na adesão, sendo imperativo o reconhecimento das especificidades dos usuários. Associa-se a necessidade de ações compartilhadas entre a equipe e o usuário, de forma que este se aproprie de seu tratamento, compreendendo e comprometendo-se com a execução das orientações dadas (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

A complexidade da atenção à saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS torna o trabalho interdisciplinar e intersetorial necessário. Pois, isoladamente, os profissionais, os serviços de saúde e demais setores não conseguem responder às demandas que envolvem o cotidiano de usuários com HIV/AIDS. Logo, o desenvolvimento de um trabalho organizado em redes, a fim de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, é central para acolher as necessidades do usuário que vive com o vírus HIV (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, frente à singularidade do viver e do adoecer com o vírus HIV, a demanda que o usuário requer por parte dos serviços é do uso de tecnologias leves, como a clínica ampliada, compartilhada e centrada no sujeito, enquanto ferramenta para

a efetivação de uma atenção integral à saúde (CAMPOS, 2011). Assim, a clínica ampliada constitui-se num dispositivo para a garantia da integralidade, uma vez que possibilita a superação das condutas terapêuticas individuais e curativas, o que contribui para uma organização de tecnologia do trabalho no espaço da produção de serviços de saúde (BONFADA, et al. 2012).

Considerando este cenário, foi realizado um trabalho de pesquisa e intervenção com usuários vivendo com HIV/AIDS. A relevância dessa intervenção justifica-se pela necessidade de empoderamento dos usuários sobre a doença, o tratamento e dos efeitos que uma doença crônica produz no cotidiano, contribuindo para que estes possam ser promotores da sua saúde, fomentando a sua autonomia. As vivências, realizadas junto ao Programa de Residência Multiprofissional permitiu identificar que os usuários internados em um hospital público de referência macrorregional, em estado grave com HIV/AIDS como doença de base são, em sua maioria, não aderentes ao Tratamento Antirretroviral (TARV) e por consequência, apresentam doenças oportunistas que levam a internações hospitalares recorrentes.

Considerando que a avaliação da adesão ao TARV é um dos pontos de maior impacto na redução de complicações e melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, e é a causa mais comum da falha do TARV sendo a principal variável na qual os serviços podem intervir para aumentar a efetividade do tratamento (CECCATO et al., 2004; RESENDE et al., 2012). E, por saber que a correta utilização dos antirretrovirais (ARVs) gera uma diminuição de custos com futuras internações hospitalares decorrentes de complicações da doença bem como a necessidade de troca de esquema medicamentoso por outro mais complexo e dispendioso. O presente relato objetiva apresentar a intervenção realizada junto a usuários e profissionais de saúde, a partir dos resultados da pesquisa que buscou verificar os fatores prevalentes que dificultam a adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos em tratamento para a AIDS em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

Na intervenção, buscou-se identificar os fatores sociais e organizacionais relacionados à má adesão aos ARVs, bem como verificar, entre os indivíduos com má adesão ao tratamento com ARVs, o risco nutricional e as alterações nutricionais e metabólicas prevalentes e também, identificar problemas relacionados a medicamentos que levam a má adesão ao tratamento com ARVs.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quali-quantitativo, onde usuários não aderentes, em acompanhamento no ambulatório de adesão do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Casa Treze de Maio foram atendidos pela equipe multiprofissional. A intervenção foi realizada nos meses de abril de 2013 a fevereiro de 2014, por residentes de um programa de residência multiprofissional na área de concentração vigilância em saúde e crônico-degenerativo de uma universidade federal brasileira.

A intervenção desenvolveu-se no território de abrangência do município de Santa Maria, este, localizado no centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 286 quilômetros da capital, Porto Alegre. É atualmente a maior cidade da região central do RS na medida em que, concentra 36,40% da população regional. A população em 2010, segundo o censo do IBGE é de 261.031 habitantes desta, 95% está concentrada, na zona urbana, sua taxa de urbanização é de 91,74%, também é superior a do Estado, que é de 78,66% (IBGE, 2012).

A intervenção foi constituída de quatro etapas:

Primeira etapa: a equipe multiprofissional inseriu-se no ambulatório de adesão ao TARV do HUSM e no CTA Casa Treze de Maio e passou a realizar busca ativa com os usuários não aderentes ao TARV e que não compareciam nas consultas multiprofissionais do dia agendado, reagendando um novo retorno ao serviço, esses usuários foram contatados via telefone, respeitando o sigilo e a ética que envolve esta ação com seres humanos.

Segunda etapa: foram aplicados questionários aos usuários não aderentes, maiores de 18 anos, em tratamento ARV há pelo menos 24 semanas, que concordaram em participar do estudo. O instrumento buscou avaliar os fatores que interferem na adesão. Os dados qualitativos foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, subsidiada por questionamentos inspirados na caracterização dos sujeitos e nos temas norteadores da investigação (MINAYO, 2010), ou seja, fatores sociais envolvidos na AIDS; unidade de referência em saúde do usuário; dificuldades na adesão ao TARV; estratégias de melhoria da adesão ao TARV.

A partir das informações obtidas, foi possível conhecer as dificuldades enfrentadas por usuários que vivem com HIV/AIDS, fato que possibilitou a realização posterior, da intervenção multiprofissional.

Terceira etapa: mediante o reconhecimento dos fatores que dificultam a adesão ao TARV, que os questionários evidenciaram, desenvolveu-se uma abordagem multiprofissional, de escuta qualificada e individualizada junto aos usuários, com enfoque nas suas principais dificuldades, buscando pactuar estratégias para a melhoria da adesão e, quando necessário, referenciando esses usuários para outros profissionais que pudessem contribuir para o seu tratamento.

Quarta etapa: por fim, realizou-se uma análise para verificar dentre os usuários não aderentes moradores de Santa Maria, atendidos pela equipe multiprofissional, a unidade de saúde de referência, a qual o mesmo está vinculado. Isso permitiu identificar o território com o maior número de usuários, não aderentes ao tratamento para AIDS. Após, foi oferecido aos profissionais desta unidade uma explanação da pesquisa e intervenção, evidenciando as maiores dificuldades reveladas pelo estudo em relação à adesão, orientando ações que minimizem este abandono.

A pesquisa e intervenção foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade envolvida com o número CAAE 20005613.3.0000.5346, e seguiu os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incluem entre outros, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o arquivamento das transcrições das entrevistas por um período de cinco anos.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização dos usuários da intervenção

De um universo de 637 usuários atendidos no HUSM e no CTA Casa 13 de Maio, apenas 90 se enquadraram nos critérios de inclusão da intervenção e pesquisa. Dessa maneira, a intervenção abordou 90 usuários, destes, 64 possuem vínculo com o HUSM e 26 com o CTA Casa 13 de Maio. Foram realizadas buscas ativas, através de contato telefônico aos usuários que não compareceram ao serviço, destes, 01 evolui para óbito, 02 encontravam-se acamados e, com dificuldades cognitivas, 02 estavam em regime privado de liberdade e 51 não compareceram a consulta multiprofissional. Desse modo, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados em 39 usuários, sendo estes, 27 do HUSM e 12 do CTA Casa 13 de Maio.

Do universo de usuários contatados, 18 usuários são do sexo masculino e 21 do sexo feminino, resultado diferente do encontrado na literatura em trabalhos semelhantes, que estudaram indivíduos em tratamento com antirretrovirais, os quais relatam que a maioria dos participantes são homens. Possivelmente um fator que corrobora para os dados apresentados é o fato dos usuários entrevistados serem apenas os não-aderentes ao tratamento.

Em relação à idade dos usuários entrevistados 7,69% tem entre 20 e 30 anos, 38,46% de 31 a 40 anos; 30,76% de 41 a 50 anos; e 23,07% de 51 a 60 anos. 56,41% dos usuários possuem escolaridade equivalente a ensino fundamental incompleto. 7,69% equivalente a ensino fundamental completo; 10,25% ensino médio incompleto; 17,94% ensino médio completo; 5,12% ensino superior incompleto; e 2,56% ensino superior completo. Estes indicadores apontam para o fato de que a baixa ou insuficiente adesão ao tratamento antirretroviral e as frequentes falhas virológicas podem estar relacionadas com a vulnerabilidade social, econômica e cultural dos usuários, fato que corrobora para a baixa adesão ao tratamento decorrentes da insuficiente compreensão da complexidade da doença e do tratamento (TUBOI et al., 2005; BLATT et al., 2009; NEMES et al., 2004).

Em relação ao local de residência, 82,05% dos usuários são residentes em Santa Maria (RS). Quando analisada a região de procedência para identificação das Unidades Básicas de Saúde de referência, verificou-se a predominância de usuários não aderentes da região Leste e região Oeste da cidade. Cabe ressaltar que dos dois serviços de saúde onde ocorreu a intervenção e a pesquisa, o HUSM atende a demanda de municípios pertencentes a 4ª e 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

3.2 A experiência da equipe multiprofissional na intervenção com os usuários

A adesão vai além da tomada das medicações, englobando o fortalecimento das pessoas vivendo com HIV/AIDS e do vínculo com a equipe de saúde, fomentando o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos, as necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (SEIDL; SANTOS, 2011).

A partir disso, realizou-se uma abordagem multiprofissional com todos os usuários atendidos nos dois serviços de saúde, por meio de consulta interdisciplinar enfocando os aspectos sociais, de autocuidado, nutricionais e medicamentosos envolvidos no tratamento, enfatizando a autonomia do sujeito como agente determinante no seu bem-estar. Juntamente com a consulta multiprofissional, foram aplicados instrumentos aos usuários, buscando identificar os aspectos sociais e organizacionais; nutricionais e farmacêuticos.

A abordagem interdisciplinar, em nossa experiência de atendimento a usuários com má adesão ao TARV, buscou garantir a integralidade da atenção na qual o usuário é parte do cuidado. Essa atuação foi construída a partir do objetivo comum dos profissionais residentes em atender as pessoas, manifestando a disposição de trabalhar em conjunto, proporcionando um processo reflexivo e intencional para ampliação do saber, decorrente da complexidade inerente ao tratamento e necessidades de intervenção.

A abordagem multiprofissional ocorreu durante o retorno das consultas médicas nos campos de prática no qual os residentes multiprofissionais estavam inseridos. Nestes espaços buscou-se desenvolver um trabalho integrado com os demais integrantes das equipes de saúde. Inicialmente desenvolveu-se um vínculo com os usuários, explicando a finalidade do trabalho, conversando sobre os determinantes e

condicionantes de saúde e os principais cuidados a serem desenvolvidos, esclarecendo o seu estado de saúde, seus exames laboratoriais, suas medicações e orientando quanto aos aspectos nutricionais.

Na medida em que se passou a conhecer a singularidade de cada usuário e suas principais limitações frente ao TARV, foi desenvolvida uma abordagem individualizada com enfoque nas principais dificuldades enfrentadas pelo usuário, orientando quanto à finalidade e o uso dos ARV, sobre o que é os exames de carga viral e de CD4. O que representa a sua imunidade e que hábitos de vida devem ser adotados para a sua melhora, estímulo para uma alimentação saudável, atividade física, qualidade de vida e sexualidade. Uma vez que se sabe que a atenção às pessoas soropositivas exige ação multidisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. Para tanto, deve-se estabelecer estratégias para que a integração e funcionamento interdisciplinar se consolidem (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, os residentes multiprofissionais realizaram interconsultas voltadas para a escuta qualificada, proporcionando aos usuários do serviço acolhimento as suas demandas mais amplas, buscando transpassar o modelo biomédico, onde apenas as demandas clínicas e laboratoriais são colocadas em evidência. Entende-se por interconsulta como uma das formas de operacionalização do trabalho multiprofissional, e uma atividade interprofissional e interdisciplinar (SHIMITT; GOMES, 2005).

A natureza multidimensional do ser humano requer práticas profissionais interdisciplinares coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Neste sentido, o trabalho em saúde é marcado por alguns aspectos dentre eles: atender as necessidades complexas e variáveis; e não ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos.

Partindo desse pressuposto, ao identificar as singularidades de cada usuário, buscou-se desenvolver um plano de ação que pudesse contemplar os diferentes aspectos, tanto biológicos, quanto psicológicos e sociais. Assim, ao identificar algumas necessidades que a equipe multiprofissional não dispunha de ferramentas para solucionar, este usuário era referenciado para outros serviços como o de assistência social e psicologia.

Quanto aos usuários não aderentes que faltavam as consultas, foi desenvolvida uma rotina de busca ativa, na tentativa de resgatar o vínculo deste usuário com o

serviço. Para Seidl e Santos (2011), a busca ativa é entendida como uma atividade de resgate de pessoas com doenças infecciosas crônicas que abandonam o tratamento e, é vista como uma estratégia de recolhimento e revinculação desses usuários.

Logo, a busca ativa de usuários com determinadas doenças transmissíveis tem se mostrado um desafio para a saúde pública. Ao realizar o contato com esses usuários, foi ressaltado o respeito ao sigilo e à confidencialidade acerca de suas condições de saúde. Dentro desse contexto, a busca consentida de usuários com HIV/AIDS traz a garantia de direitos visando à integralidade e supõe uma concepção abrangente do indivíduo e não uma noção compartimentalizada na qual a doença é o foco central (SEIDL; SANTOS, 2011).

Finalizando a intervenção com os usuários, um fator importante, que denota a importância do atendimento multiprofissional, foi a confirmação do retorno ao TARV, através dos resultados laboratoriais. Embora não tenha sido possível obter o resultado da carga viral de cinco usuários, após a intervenção multiprofissional, o resultado geral foi positivo, pois 20 usuários obtiveram redução ou não detecção da carga viral, mostrando a conscientização por parte destes, reforçando que ações desta natureza produzem impacto concreto na vida de usuários que vivem com HIV/AIDS.

3.3 A voz do usuário

Buscando compreender as dificuldades dos usuários para a não adesão ao TARV, foi possível identificar três eixos: Relações entre usuário e serviços de saúde; Fatores atribuídos para a não adesão ao TARV; Contribuições dos usuários frente ao seu tratamento.

3.3.1 Relações entre usuário e serviços de saúde

O vínculo pode ser compreendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde estabelecida ao longo do tempo, caracterizada por confiança e responsabilidade (VIEGAS; PENNA, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica traz em seus fundamentos e diretrizes o papel dos serviços de saúde da atenção básica em se organizar para assumir função central de acolher e estabelecer vínculo com a população adscrita.

Contudo, os usuários revelam que a construção deste vínculo com a Atenção Primária a Saúde (APS) ainda é algo a ser alcançado:

Eu não vou lá [na unidade básica de saúde] porque eles não me dão muito atendimento, eles me mandam pra outro lado, eles me mandam pra UPA ou pro PA eles não tem muita prática no meu caso (E. 2).

É difícil, porque eu sou mais confiante no [serviço de saúde de alta complexidade], meus médicos são daqui, tu se apega [...] pega confiança (E. 5).

Sabe-se do papel que a APS assume na tentativa de mudar o modelo assistencial de saúde, caracterizado por ser usuário-centrado. Contudo, apenas por modificação da estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e cura (VIEGAS; PENNA, 2012).

Os relatos apontam para a dificuldade estrutural na AP o que acaba por dificultar o acesso ao diagnóstico dos usuários, acarretando a perda do vínculo e confiança com o serviço:

Tem um posto, mas o cara que atende lá disse que eu tinha diabetes e daí eu vim aqui no médico, disseram que eu não tinha, daí eu fiquei mais doente por causa dele também, por causa que ele disse que eu tinha diabetes e comecei a tomar os remédios e baixou ainda mais minha imunidade. Daí eu não tinha diabetes [...] Ah depois que aconteceu isso eu não fui mais, por causa que eu vinha mais aqui (E. 9).

Agora está ruim pra consultar, sem médico, tem que estar agendando, ficou um nojo agora (E. 11).

Além de apoio estrutural e logístico, o acolhimento e vínculo são decisivos na inter-relação profissional/usuário em busca de novos modos de produzir saúde. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. O vínculo, então, favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde (VIEGAS; PENNA, 2012). Para tanto, é necessário que esta relação profissional e usuário aconteça de maneira positiva e que permita ao usuário maior segurança na equipe.

Quanto a este aspecto os relatos dos usuários são distintos:

Ele [o médico] humilha a gente, até estou tentando transferência para o [outro serviço de referência em atendimento HIV/AIDS] [...] Mas o cara precisa tem que ficar quieto (E. 2).

Uma relação aberta, sincera, sem preconceito de nada, sem esconder nada [...] (E. 3).

Sabe-se que a qualidade do cuidado e a relação positiva com os profissionais de saúde estão ligadas à boa adesão ao TARV. Estes fatores são considerados fundamentais para a adesão ao tratamento, tendo relação com a percepção do cliente sobre a competência do profissional, a qualidade e clareza da comunicação, a disposição dos profissionais em envolver os usuários em decisões referentes ao tratamento, com o sentimento de apoio, com a satisfação com a equipe e informações adequadas sobre o tratamento e os efeitos colaterais (BRASILEIRO; CUNHA, 2011).

Acredita-se que a aceitação ao TARV também pode ser influenciada pela confiança depositada no sistema de saúde e na relação interpessoal com os profissionais de saúde (BLATT et al., 2009). Desse modo, o papel do profissional que atua na assistência é importante, principalmente pela capacidade de diálogo e de negociação.

3.3.2 Fatores atribuídos para a não adesão ao TARV

O êxito do TARV depende da manutenção de altas taxas de adesão do usuário ao tratamento medicamentoso, um fator fundamental para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico de usuários infectados pelo HIV. Cabe ressaltar que o abandono do TARV consiste no agravamento ou na situação limite de não adesão, pois o usuário sequer comparece ao serviço de saúde para buscar os medicamentos, fazer consultas médicas ou participar de atendimentos de outros profissionais (RESENDE et al., 2012; SEIDL; SANTOS, 2011).

Quando os medicamentos são tomados de maneira equivocada ou insuficiente, a replicação do vírus é favorecida, podendo este sofrer mutações, gerando cepas multirresistentes e a consequente falência terapêutica limitando futuras alternativas de tratamento (RESENDE et al., 2012). As manifestações abaixo evidenciam alguns motivos que levam a não tomada da medicação:

Olha a desculpa que eu sempre inventei digamos assim foi por causa do trabalho, só queria trabalhar, trabalhar, pensar em crescer digamos assim, de ser vaidoso, então eu parava (E.1).

Não da nada, ta pego mesmo, ta pego ta pego (E. 2).

Ah esquecia, achava que não precisava, achava que estava bem, agora tenho que tomar certo, vi que a coisa estava feia. Meu fígado baleado, a minha imunidade [...] eu achava que tava bem que não ia precisar daquela medicação, ou às vezes tomava num dia da semana, às vezes não tomava mais (E. 7).

Este comportamento por parte dos usuários em relação ao TARV sugere um desconhecimento por parte destes em relação à importância do tratamento para a manutenção das suas condições biológicas. Neste sentido, é fundamental que a equipe de saúde trabalhe com o empoderamento do usuário a fim de que este entenda a importância do seu tratamento e tenha o conhecimento necessário para compreender a sua condição de saúde.

Dentre vários fatores que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento destaca-se a compreensão insuficiente sobre o uso dos medicamentos, bem como a falta de informação sobre os riscos advindos da não-adesão (BRASIL, 2004). Pois, as pessoas não podem tomar os medicamentos corretamente se não sabem como fazê-lo, fornecer informações sobre os medicamentos constitui atividade primordial da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Seidl e Santos (2011) relatam que o padrão de não adesão parece ser fortemente influenciado pelo contexto de vulnerabilidade no qual a pessoa vive. As falas dos usuários revelam problemas sociais que interferem no tratamento:

O motivo de não vim buscar a medicação, geralmente é quando estou sem passagem para vim, se não, não tem necessidade de não tomar (E. 3).

Não sei, não tinha vontade [...] bebia direto (E. 8).

Neste sentido, o vínculo do usuário com sua unidade de referência é necessário para que a equipe consiga atender as suas demandas de maneira que este usuário seja acolhido conforme o princípio da integralidade.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde feita numa perspectiva internacional revela que os sistemas de saúde são fragmentados e que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em sua maioria, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não

se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Nesses sistemas, a APS não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. (MENDES, 2010). A falta de comunicação entre os pontos da RAS é evidenciada pelo usuário, que deixou de tomar a medicação ARV internado em uma instituição hospitalar:

Foi o tempo que eu fiquei internado no [hospital] [...] Não sabiam e eu não comentei, porque eu fiquei meio receoso, era logo que tava começando, não sabia o certo, aí eu fiquei meio desconfiado e não queria falar nada pra ninguém (E. 4).

Vários fatores são descritos na literatura como predisponentes a não adesão terapêutica, como os fatores relacionados ao regime terapêutico, ao usuário e ao sistema de saúde, sendo destacados principalmente o grande número de medicações envolvidas, a complexidade terapêutica do regime de doses e a baixa tolerabilidade dos usuários à medicação antirretroviral (BLATT, et al., 2009).

É sabido que os medicamentos ARV causam lipodistrofias, dislipidemias, hepatotoxicidade, efeitos gastrintestinais, alterações pancreáticas, cardíacas, dentre outras (RESENDE et al., 2012). Durante a intervenção, os usuários identificam estas alterações:

Porque me dava àquelas coisas, eu ficava meio louco, começava a ver bicho, a sonhar com pessoas de quase 20-30 anos atrás, lembrar, puxar coisas de lá do tempo [...] coisas que nunca tinham me dado [...] eu tomava com medo já, porque eu sabia que eu ia tomar e me dar aquilo, eu tomava e por umas 4-5 horas ficava daquele estado federal, aí eu parei (E. 10).

Por causa das reações [...] ah, diarreia, vômito, tudo, eu fico mal, não como [...] dói tudo, as pernas, uma coisa estranha, eu penso assim, é pra tomar o remédio pra melhorar ou pra piorar? Eu fico pior. É isso aí, que eu não consigo tomar o remédio todos os dias, é a reação dos remédio (E. 12).

Para compreender a multifatorialidade do adoecer HIV/AIDS requer ampliar a discussão em torno do fenômeno do que significa ser um indivíduo que, inserido numa cultura desigual, excludente, individualista, reguladora, contraditória, disciplinadora, tem sua existência e subjetividade atravessada pelo vírus da AIDS (PAPARELLI, 2013). Os relatos dos usuários retratam essas subjetividades:

Eu acho que as pessoas que param o tratamento devem se sentir que nem eu também, sozinha, rejeitada, eu não vou a lugar nenhum, fico com medo,

parece que vão falar da doença, descobrir, quando eu vejo que estou num lugar que estão falando da doença eu me mando (E. 11).

Eu namorava, aí porque vai tomar remédio, sabe eu nunca quis contar pra ele [...] e carregar também, o meu filho não mora comigo ele mora com a outra avó dele, e as vezes eu vou pra lá [...] aí como que eu vou fazer, carregar remédio (E. 16).

Almeida e Labronici (2007) referem discursos de emoções singulares e particulares, que variam nas diferentes trajetórias de vida dos entrevistados que, perpassadas pelo imaginário social da AIDS, deflagram medo, rejeição e abandono, obrigando-os à necessidade de ocultação do diagnóstico no âmbito familiar e nas demais relações sociais.

3.3.3 Contribuições dos usuários frente ao seu tratamento

A atenção aos usuários com HIV requer ação multidisciplinar da equipe de saúde, com integração constante entre seus membros. A abordagem multidisciplinar deve superar o atendimento compartimentalizado centrado apenas no enfoque médico-clínico (BRASIL, 2008).

O estabelecimento de estratégias para que a integração e funcionamento interdisciplinar contribuam para o intercâmbio de informações, favorecendo o conhecimento interdisciplinar sobre a história do usuário e a serem realizadas pelos diferentes profissionais, viabilizando o acompanhamento médico e psicossocial (BRASIL, 2008).

Os relatos evidenciam:

A única coisa que eu gostaria que mudasse era da nutrição que agora [atendimento do residente] caiu do céu, eu fiquei tão feliz agora (E. 14).

Faltam pessoas que nem vocês, para ajudar, auxiliar, ter esse carinho, esse amor, porque muitas pessoas não vêm com os olhos de vocês, então é uma coisa que eu acrescentaria bastante nessa área, que tivessem pessoas a mais para fazer o serviço de vocês, que eu acho que é uma coisa muito interessante, o apoio que vocês estão dando pra nós [...] o prefeito, os governantes daqui, podiam olhar com outro olhar, e botar mais pessoas, não só duas pessoas, mas, mais, se eles olhassem com esses olhos eles iriam ver que pessoas não morreriam tão fácil [...] se eles olhassem com esse olhar que vocês olham seria magnífico (E. 1).

Acho que poderia ao invés de 45 dias 60 [o retorno nas consultas] poderia ser em 30 dias, mas tudo vai de vim os exames de lá de fora que demora pra vim também. Pro médico te avaliar melhor (E. 7).

Na hora que a gente vem fazer exames assim que os atendentes falassem pra gente como que está a situação da gente, porque eles não falam pra gente, se a doença está parada, está andando, porque eles só conversam entre eles, e a gente não entende muita coisa, então eu acho que às vezes tem que dizer, não a tua carga viral esta alta, esta baixa, o teu CD4 esta alto está baixo, não entendo muito disso, mas eles tinham que explicar como está o andamento da doença da gente [...] (E. 10).

Podia ser mais fácil de pegar remédio. É uma viagem vim de lá aqui, chega aqui tem que ter horário certo, tem que saber os dias que a farmácia esta aberta [...] (E. 16).

Acredita-se que o usuário seja corresponsável pelo seu tratamento, logo, as suas demandas e sugestões devem ser acolhidas e verificadas com zelo. A Política Nacional de Humanização (PNH) aponta para a necessidade dos serviços de saúde reconhecerem as necessidades da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação a outros pontos de atenção à saúde, corroborando para que a programação dos serviços de saúde parta das demandas de saúde dos usuários (BRASIL, 2011). Sendo assim, o serviço de saúde possui a responsabilidade de construir condições para atender as necessidades do usuário de modo que acolha suas diferenças e particularidades.

O apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, bem como a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, além da corresponsabilização desses sujeitos nos processos de gestão e atenção, são orientações mencionadas pela PNH (BRASIL, 2010b). Logo, pensa-se que a estimulação da inserção do usuário em espaços de gestão e planejamento como os Conselhos de Saúde para que estes representem as suas demandas seja importante para a sensibilização dos gestores locais e regionais na perspectiva da qualificação do atendimento as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

3.4 A experiência da equipe de residentes multiprofissionais na intervenção com os profissionais da APS

A interdisciplinaridade é referida enquanto proposta de saúde coletiva em resposta à complexidade dos processos de saúde e doença. Tal proposta envolve questões de saber e poder das diversas disciplinas, sendo um obstáculo significativo, a experiência institucional fragmentada e departamentalizada comum aos profissionais (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Buscando vir de encontro a essa proposta, os residentes multiprofissionais iniciaram suas atividades nos serviços de saúde no ambulatório de adesão do HUSM e no CTA Casa Treze de Maio. Com o passar do tempo, percebeu-se a construção de vínculo com as equipes de saúde e uma maior valorização do trabalho multiprofissional em prol da integralidade do cuidado. Uma vez que a complexidade do campo da saúde, a busca por um cuidado integral e os desafios vivenciados pelos trabalhadores em seu cotidiano têm estimulado diversas discussões sobre o trabalho em saúde e levado ao reconhecimento da necessidade de uma atuação multiprofissional para um cuidado eficiente e eficaz (DUARTE, et al., 2012).

Ressalta-se que a inserção dos residentes nesses espaços consolidou o papel da residência multiprofissional nessas equipes. Sendo assim, o processo de transição de residentes foi iniciado, visando à construção de novos vínculos e a identificação de novas intervenções necessárias a serem realizadas pelos próximos residentes.

A partir dos resultados identificados pela intervenção e pesquisa com os usuários, e após a identificação das regiões com maior número de usuários atendidos, foi realizada uma roda de conversa com as equipes da APS da região Leste e Oeste do município. Nesse encontro, procurou-se relatar os principais resultados da intervenção, as percepções que o usuário tem para com a APS e as principais dificuldades enfrentadas no processo de adesão ao TARV.

A população das regiões das equipes de APS onde ocorreram as intervenções não possuem cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e apenas uma UBS conta com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em número reduzido, não abrangendo o total da população adscrita. Isso implica no desconhecimento desses serviços sobre a sua população e as suas reais necessidades.

Os profissionais de saúde evidenciaram o desconhecimento quanto aos usuários que vivem com HIV/AIDS em seu território e os problemas que envolvem a não adesão ao TARV, e, manifestaram a impossibilidade de realizar um acompanhamento com estes usuários, por meio de visita domiciliar, consulta individualizada e construção de grupos, pela crescente demanda espontânea que a UBS absorve e a escassez de recursos humanos.

A equipe de APS manifestou a preocupação quanto aos casos novos de HIV que podem vir a ser diagnosticados com a implantação do teste rápido para HIV em toda a APS do município. Uma vez que estes foram capacitados para a realização do teste, contudo não possuem orientação de como proceder na iminência de um resultado

reagente. Percebeu-se que a rede de atenção à saúde aos usuários convivendo com HIV/AIDS é frágil e necessita de fortes mudanças.

A intervenção com os profissionais da APS buscou estreitar as relações entre os diferentes níveis de atenção em saúde ao usuário convivendo com HIV/AIDS e suscitar nos profissionais um olhar diferenciado frente a essas questões. Foram disponibilizados os contatos dos serviços de referência no atendimento a HIV/AIDS do município e pactuou-se iniciar um processo de construção de laços entre os pontos da RAS.

5 CONCLUSÃO

O papel da equipe multiprofissional que presta assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS tem de ser pautado pelo vínculo, baseado na confiança estabelecida entre equipe e o usuário. Orientar sobre a doença, sobre os medicamentos e seus efeitos colaterais deve ser conduta de qualquer profissional responsável pelo cuidado.

Dispositivos como a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular são tecnologias fundamentais para a continuidade e integralidade do cuidado. Todo o tratamento deve ser revisado valendo-se da escuta qualificada para identificar as possíveis falhas e melhorá-las. O profissional deve ser corresponsável pelo tratamento, mas também deve empoderar o usuário, a fim de que ele desenvolva o questionamento e a criticidade para a busca da informação sobre sua saúde e qualidade de vida.

Sabe-se que a adesão ao TARV assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Logo, faz-se necessário o trabalho da equipe multiprofissional em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde para que as pessoas que vivem com HIV/AIDS tenham garantido seus direitos enquanto usuários do SUS.

A residência multiprofissional vem contribuindo com a construção de espaços de produção em saúde de maneira holística e integral, pautada no uso de tecnologias leves, neste sentido, o presente estudo buscou apresentar uma contribuição, na área da saúde, para a melhoria da qualidade de vida dos usuários vivendo com HIV/AIDS. Além de auxiliar na discussão da formação dos profissionais da saúde para a intervenção nos serviços de saúde de maneira multiprofissional, aprimorando o conhecimento do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R. C. B. et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Reme rev. Min. Enferm**, v.15, n.2, p.208-216, 2011.

ALMEIDA, M. R. C. B; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n.1, p. 263-274, 2007.

BLATT, et al., Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.2, p.131-136, 2009.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.555-560, 2012.

BORGES, M. J. L; SAMPAIO, A. S; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.147-156, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4ª edição. Brasília. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84 Brasília-DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV** . Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf>. Acesso em 05 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010a.

_____. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 09 outubro. 1996b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BRASILEIRO, M. E; CUNHA, L. C. Diagnóstico de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em terapia antirretroviral. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 392-6, 2011.

CAMPOS, W. S. C. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, 2011.

CECCATO, et al., Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1388-1397, 2004.

COLOMBRINI, M. R. C; COLETA, M. F. D; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p. 490-5, 2008.

DUARTE, E. D. et al. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.14, n.1, p. 86-94, jan/mar. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.

NEMES, M.I.B; CARVALHO, H.B; SOUZA, M.F.M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS 18** (supl), p.15-20, 2004.

PAPARELLI, R.B. **Aspectos psicossociais da adesão às terapias antirretrovirais: investigação qualitativa em três momentos do tratamento.** [tese]. São Paulo. 2013

RESENDE et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 2, p. 186-201, ago./dez. 2012.

SEIDEL, E.M.F; SANTOS, F.B. Caracterização de pessoas com HIV/aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasília Med**, v. 48, n. 3, p. 268-276, 2011.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SCHMITT, R.; GOMES, R.H. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **RevPsiquiatr RS**, v.27, n.1, p.71-81, 2005.

TUBOI, S.H; HARRISON, L.H; SPRINZ, E.; ALBEMAZ, R.K.M; SCHECHTER, M. Predictors of virologic failure in HIV-1-infected patients starting highly active antirretroviral therapy in Porto Alegre, **Brazil. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.40, p.324-328, 2005.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**. v.13, n.2, p.375-85, 2012.

ZANCHI, M.T.; ZUGNO, P.L. **Sociologia da saúde.** In: Saúde e doença. 2.ed. ver., e ampl. Caxias do Sul: Educs, 2010. p. 440.