

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTREGRATIVA DE LITERATURA

Adesão ao tratamento antirretroviral para o hiv e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática

Adherence to antiretroviral treatment for hiv and inter-its relationship with the programmatic vulnerability

Adhesión al tratamiento antiretroviral para el vih y su entre relación con la vulnerabilidad programática

Samuel Spiegelberg Zuge ¹, Cristiane Cardoso de Paula ², Crhis Netto de Brum ³, Aline Cammarano Ribeiro ⁴, Stela Maris de Mello Padoin ⁵

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific production from the aspects of programmatic vulnerability and their relationship in adherence to antiretroviral treatment for HIV/ AIDS. **Method:** Narrative review of the literature. Data collection took place in February 2014 in the databases MEDLINE and LILACS and subjected to thematic content analysis. **Results:** A total of 16 productions, of which point out the aspects of programmatic vulnerability and their interrelation in the membership: 1) the commitment and responsibility of professionals and staff; 2) access to health services; and 3) organization of services. **Conclusion:** The health services intend has to promote the adherence may to establish its practices assistances with commitment and responsibility, ensuring a service organization, as well as their access. **Descriptors:** Nursing, Acquired immunodeficiency syndrome, HIV, Medication adherence, Health vulnerability.

RESUMO

Objetivo: Analisar, a partir das produções científicas, as ações do serviço de saúde que contribuam para a melhora da adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV, a partir dos eixos que compõem a vulnerabilidade programática. **Método:** Revisão narrativa da Literatura. A coleta de dados ocorreu no mês fevereiro de 2015, nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Foi desenvolvida a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Foram analisadas 16 produções, das quais apontaram: 1) o compromisso e a responsabilidade dos profissionais e equipe; 2) o acesso ao serviço de saúde e a 3) organização do serviço. **Conclusão:** Os serviços de saúde no intuito de promover a saúde das pessoas e minimizar os aspectos que envolvem a vulnerabilidade programática e a adesão podem estabelecer suas práticas assistenciais com compromisso e responsabilidade, garantindo uma organização do serviço, assim como, o seu acesso. **Descritores:** Enfermagem, Síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, Adesão à medicação, Vulnerabilidade em saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, desde la producción científica, las acciones de los servicios de salud que contribuyen a la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral para el vih, desde los ejes que componen la vulnerabilidad programática. **Método:** Revisión narrativa de la literatura. La recolección de datos ocurrió en el mes febrero de 2015 en LILACS y MEDLINE. Fue desarrollado el análisis de contenido temático. **Resultados:** Un total de 16 producciones, de las cuales señalaban: 1) el compromiso y la responsabilidad de los profesionales y el personal; 2) el acceso a servicios de salud; y 3) la organización de los servicios. **Conclusión:** Los servicios de salud a fin de promover la salud de las personas en tratamiento antirretroviral y minimizar los aspectos relacionados con la vulnerabilidad programática y la adhesión pueden establecer sus prácticas con el compromiso y la responsabilidad, asegurando una organización de servicio así como su acceso. **Descriptor:** Enfermería, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH, Cumplimiento de la medicación, Vulnerabilidad en salud.

1 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. 3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil. 4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil. 5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento antirretroviral para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é definida como a concordância entre a prescrição e o comportamento na ingestão do medicamento.¹ Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a adesão como um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos relacionados ao comportamento psíquico e social, que requerem uma decisão compartilhada e de corresponsabilidades entre o sujeito, equipe de saúde e as redes sociais de apoio. Necessita da mesma forma, de uma abordagem que atenda as singularidades socioculturais, as quais repercutirão na qualidade de vida das pessoas.²

Para a eficácia do tratamento antirretroviral, a adesão é considerada um dos maiores determinantes para a resposta à terapêutica.³ Desse modo, para que seja eficaz a adesão ao tratamento, torna-se necessário considerar a vulnerabilidade das pessoas que vivem com HIV. Pois, a vulnerabilidade se apresenta como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam em uma maior suscetibilidade de a pessoa não seguir ao tratamento.⁴

A identificação precoce da vulnerabilidade para o não seguimento do tratamento, torna-se essencial, a fim de prevenir a resistência viral, que pode limitar o acesso dos indivíduos às possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, potencializar os índices de morbidade e mortalidade. Entretanto, os aspectos que envolvem a vulnerabilidade pressupõem e demonstram, simultaneamente, que não é uma situação que depende unicamente do indivíduo, mas inclui as relações com os outros e o seu entorno.⁴

Dentre os planos analíticos da vulnerabilidade (individual, social e programático),⁵ destaca-se a necessidade de ampliar o reconhecimento das ações que envolvem os serviços de saúde, o qual encontra-se implicado ao conceito de vulnerabilidade programática, uma vez que essa possa interferir na adesão ao tratamento.

O plano programático busca analisar os recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo, que vão estar diretamente ligados ao bem-estar físico, psicológico e social, estando inter-relacionado aos demais planos (individual e social).⁴ Assim, destaca-se que ao olhar para o conceito de vulnerabilidade programática, torna-se possível identificar os diferentes eixos atrelados à adesão ao tratamento que compõem este conceito.

A adesão ao tratamento antirretroviral deve ser considerada prioridade nas atividades de assistência à saúde e de controle da epidemia do HIV no País, sendo papel dos serviços de saúde articular estratégias que possibilitem manter a adesão. Assim, objetivou-se analisar, a partir das produções científicas, as ações do serviço de saúde que contribuam para a

melhora da adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV, a partir dos eixos que compõem a vulnerabilidade programática.

MÉTODO

Estudo do tipo revisão narrativa da literatura. Para a realização desta revisão foi seguido as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos resultados, e por fim a apresentação dos resultados.⁶

A questão de pesquisa que permeou o estudo foi: quais as ações do serviço de saúde que contribuem para a melhora da adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV? Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), os quais foram utilizados os descritores (“Adesão à medicação”) and (“HIV”) or Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

A seleção das produções nas bases de dados ocorreu em fevereiro de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, disponíveis na íntegra de forma online e gratuita; publicados até o ano 2014; em idioma português, inglês ou espanhol. E como critérios de exclusão elegeu-se: artigos sem resumo ou que seu resumo apresenta-se incompleto na base de dados. Destaca-se que os artigos que foram identificados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez, para o acesso ao texto na íntegra.

Foram encontradas 38 produções na LILACS e 186 no MEDLINE. A etapa de identificação dos artigos ocorreu, primeiramente, por meio da leitura dos títulos e dos resumos. Daqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura do artigo na íntegra, das quais 16 produções foram analisadas (Figura 1).

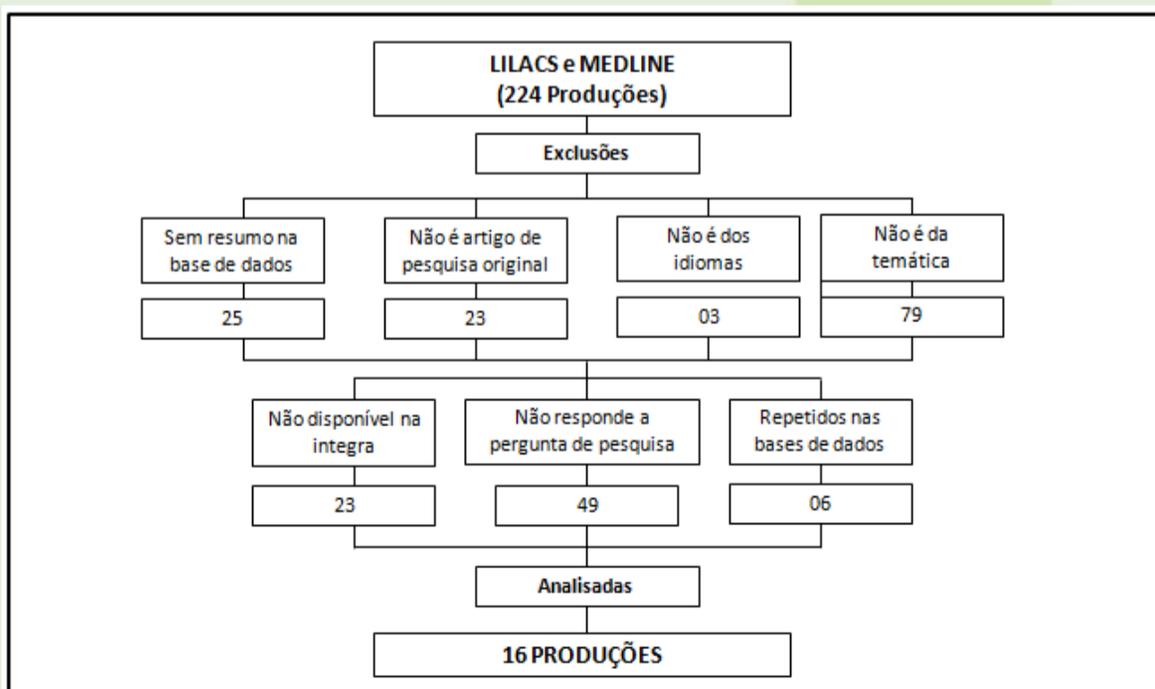


Figura 1 - Fluxograma das exclusões das produções. LILACS e MEDLINE, 2014.

Para a coleta e análise dos dados foi utilizado um instrumento, o qual contemplou as seguintes informações: identificação do artigo, referência, resultados e limitações/recomendações dos estudos. As produções ainda foram caracterizadas segundo o ano de publicação, área de conhecimento e procedência.

A análise das produções foi por meio da análise de conteúdo temática,⁷ com categorização teórica previamente estabelecida, por meio de três eixos que compõem o referencial de vulnerabilidade programática (o compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipe; acesso ao serviço de saúde; e a organização dos serviços). A partir disso, foram buscadas nas produções científicas, as ações de saúde que tivessem como foco a melhora da adesão ao tratamento referente a cada eixo da vulnerabilidade programática.

Para a apresentação dos resultados, a fim de organizar e representar as ações de saúde que contribuíam para a adesão, foi elaborado uma figura, a fim de delinear as relações entre os eixos da vulnerabilidade programáticas e as ações que contribuem para a adesão (Figura 2), assim como, foi construído um quadro sinóptico (Quadro 1), com as referências dos estudos analisados. As produções foram identificadas pela letra A de artigo, seguida de uma numeração (A1, A2, A3..., sucessivamente).

De acordo com aspectos éticos deste estudo, foram seguidos os preceitos da Lei N. 9.610/98, no intuito de preservar e respeitar as ideias, conceitos e definições dos autores das produções analisadas, sendo descritas e citadas conformes às normas de submissão deste periódico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a caracterização dos estudos, o ano de publicação com maior prevalência foi em 2011, com quatro produções, a medicina foi a área de conhecimento com maior número de publicações, com seis produções e o Brasil foi o País com maior procedência, com seis produções (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das produções segundo o ano, área de conhecimento e procedência. LILACS e MEDLINE, 2014.

Variáveis	N
Ano de Publicação	
2014	03
2013	01
2012	03
2011	04
2010	03
2009	02
Área do Conhecimento	
Enfermagem	05
Psicologia	03
Medicina	06
Farmácia	02

Procedência	
Brasil	06
Colômbia	02
Índia	01
Estados Unidos da América	05
Etiópia	02

As produções científicas sobre os aspectos da adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e a sua inter-relação com a vulnerabilidade programática apontaram como principais resultados o compromisso e a responsabilidade dos profissionais e equipe; o acesso ao serviço de saúde; e a sua organização (Figura 2).

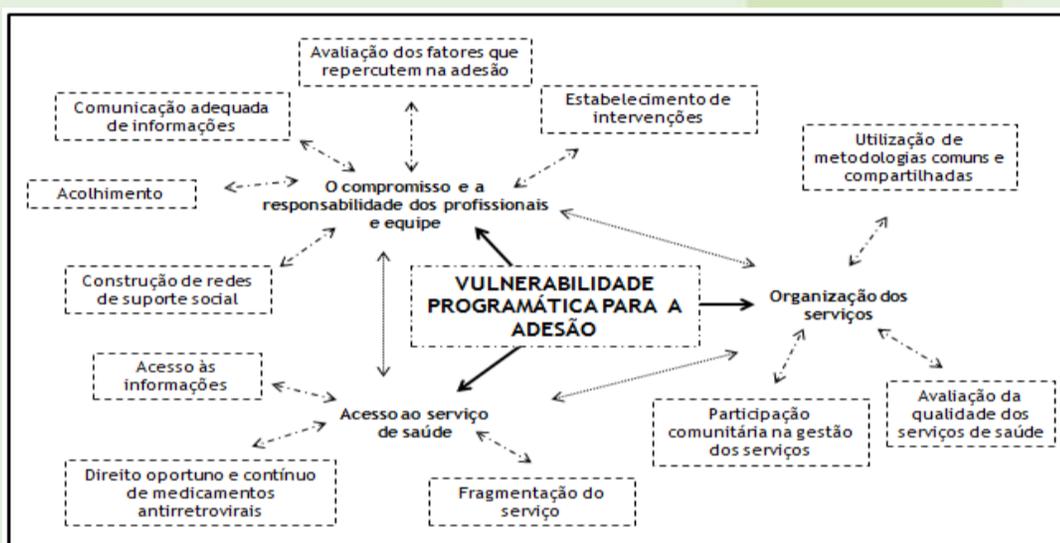


Figura 2 - A adesão ao tratamento antirretroviral e a sua inter-relação com a vulnerabilidade programática. LILACS e MEDLINE, 2014.

O compromisso e a responsabilidade dos profissionais e equipe na adesão são considerados aspectos da vulnerabilidade programática. Frente a este eixo, as produções apontaram as seguintes ações de saúde que contribuiriam para a melhora da adesão: a comunicação adequada de informações; a avaliação dos fatores que repercutem na adesão; o acolhimento; estabelecimento de intervenções; e a construção de redes de suporte social.

Este compromisso e responsabilidade para com a adesão podem ser estabelecidos por meio de um conjunto de atividades, não devendo apenas ser uma responsabilidade da pessoa que realiza o tratamento, mas também dos profissionais de saúde, sendo firmada uma relação entre estes sujeitos, onde cada um sabe o seu papel.^{8,9} Para o sucesso da adesão destacam-se três níveis de comprometimento, o primeiro relacionado o serviço de saúde, o qual necessita de profissionais eficientes, eficazes e resolutivos, o segundo refere-se a qualidade da assistência prestada pelos profissionais, e por fim o do sujeito.¹⁰

O serviço de saúde que mantém este compromisso e responsabilidade acaba construindo vínculos, possibilita a comunicação entre as pessoas sobre o tratamento, tendo como repercussão, melhores níveis de adesão. Desta forma, a postura profissional conjuntamente com o sujeito em tratamento, deve priorizar o acolhimento, para buscar atender as necessidades específicas, e permitir que as pessoas participem do planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento.¹¹

A comunicação adequada de informações por parte da equipe (A1-A5) contribui na adesão, necessitando que as explicações referentes ao tratamento sejam mediadas por uma linguagem simples e objetiva. Esta ação realizada pelo serviço de saúde, em conjunto com as pessoas que estão em tratamento, permite a construção de formas toleráveis para uso dos esquemas de antirretrovirais e estratégias que minimizem as chances de esquecimento para o cumprimento da prescrição medicamentosa.

Ao compreender que a comunicação adequada de informações na adesão compõe o plano de vulnerabilidade programática, torna-se necessário valorizar, nas práticas de saúde, uma comunicação acessível e coerente com as necessidades de cada um. Tradicionalmente, o sujeito que valoriza a competência do profissional no uso de sua linguagem e na clareza de sua fala, seja de forma informativa, ou de forma prescritiva tem repercussões positivas na adesão ao tratamento.¹²

A avaliação dos fatores que repercutem na adesão (A1,A5,A6), torna-se necessária para conhecer as especificidades e dificuldades materiais e psicossociais de cada pessoa em terapia antirretroviral, para desvelar aspectos que podem motivá-lo no seguimento do tratamento. Esta avaliação repercute na adesão e deve ser utilizada como estratégia a fim de apoiar o sujeito no seu tratamento. Também auxilia a equipe de saúde a identificar as dificuldades enfrentadas para realizar o tratamento, o que permite atender as demandas e necessidades específicas. Deve ser utilizada como um recurso de ajuda e não a fim de culpá-lo pelas dificuldades enfrentadas para aderir ao tratamento antirretroviral.³

O acolhimento (A6,A7) da equipe de saúde tem como intuito manter esforços para que as pessoas sejam uma das prioridades no serviço de saúde, a fim de evitar o abandono ao tratamento e garantir a adesão ao tratamento antirretroviral. Este acolhimento constitui-se como um desafio na possibilidade de construção de um cuidado integral e é um dos principais elementos que garantem a qualidade do serviço. Este pode ser considerado uma estratégia essencial para o estabelecimento de um processo de trabalho diferenciado, concretizando as relações entre as pessoas que realizam o tratamento e os profissionais de saúde.¹³

O estabelecimento de intervenções centradas na adesão, visa contribuir para o seguimento do tratamento (A2,A3,A5,A6,A8). O serviço de saúde é um local estratégico para promover intervenções que estabeleçam informações acerca da importância da adesão. Uma das intervenções estabelecida pelos serviços de saúde é a consulta de enfermagem, desenvolvida por meio do aconselhamento e do estabelecimento de um espaço de escuta e diálogo para as pessoas, com vista a elaborar estratégias conjuntas para o seguimento do tratamento antirretroviral.

Para a realização de intervenções às pessoas em tratamento antirretroviral, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores que minimizam a adesão ao tratamento antirretroviral, dentre os quais destaca-se a disponibilidade de acesso aos serviços, frequência e realização de exames laboratoriais, falta as consultas, o atraso na retirada dos medicamentos, assim como, fatores de ordem individual e social, para assim, propor intervenções que viabilizem a promoção da adesão a partir do tratamento proposto.¹⁴

Em exemplo, a consulta de enfermagem permite subsidiar condições a fim de possibilitar a atuação direta e independente, surgindo como importante instrumento

assistencial, que potencializa os sujeitos a participarem do seu processo de cuidado. Além disso, busca-se com esta intervenção promover o apoio, o acolhimento, a interação, a escuta e o diálogo com o sujeito, estabelecendo em um momento educativo adequado para o compartilhamento de saberes e estreitamento de laços entre sujeito e equipe.¹⁵

Outra intervenção é a elaboração de um programa de medicação domiciliar supervisionado. Ao identificar as pessoas que não estão mantendo a adesão, o serviço de saúde tem a possibilidade de manter a continuidade ao tratamento, sendo o profissional responsável por supervisionar e controlar a ingestão dos medicamentos nos horários pré-estabelecidos na prescrição médica. Salienta-se a realização de um programa de acompanhamento com telefone com objetivo de lembrar a hora de tomar a medicação. Este programa se desenvolvia de duas maneiras: chamada telefônica ou via mensagem. Assim, estas intervenções realizadas pelo serviço de saúde tem impacto na adesão ao tratamento antirretroviral.

A elaboração de um programa de medicação domiciliar supervisionado ainda é pouco utilizada no contexto do HIV, tendo maior impacto no controle da tuberculose. No entanto, destaca-se que esquemas de medicamentos combinados que permitem uma única dose ao dia, podem ser administrados de forma supervisionada, e tem mostrado bons resultados no Brasil, assim como, em países com poucos recursos ou infra-estrutura de saúde.¹⁶

A construção de redes de suporte social as pessoas em tratamento para o HIV (A2,A3,A5,A6,A9,A10) torna-se essencial ao estabelecer o envolvimento compartilhado entre o profissional da saúde. Essa construção pode ocorrer por meio da elaboração de grupos de apoios e possibilita estimular o sujeito, uma vez que para manter a adesão ao tratamento é necessário superar inúmeras dificuldades dentro dos serviços de saúde. Estas dificuldades estão atreladas a uma rede de suporte social, que seja sensível, ativa e confiável, e que atua como agente de ajuda e encaminhamento, possibilita a melhora da auto-estima, enfim, subsidia a saúde tanto nos aspectos físicos e mentais como nos psicológicos e afetivo-emocionais.¹⁷

O acesso ao serviço de saúde na adesão é considerado um aspecto da vulnerabilidade programática o qual agrupou: direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais; acesso às informações; e a fragmentação do serviço.

O acesso ao serviço de saúde na perspectiva da vulnerabilidade programática pode, tanto pode estar relacionado ao tratamento medicamentoso, como ao atendimento clínico, podendo ser considerado um fator importante na adesão ao tratamento antirretroviral. No Brasil, o acesso ao tratamento medicamentoso esta pautado na política de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais para pessoas que vivem com HIV, no entanto, existem ainda inúmeras questões que estão ligadas a vulnerabilidade programática que dificultam o cumprimento do tratamento.¹⁴

O direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais (A4,A5,A11) permitem a continuidade no tratamento, sendo que a entrega dos antirretrovirais é uma das maneiras do serviço manter a adesão. O acesso às informações nos serviços de saúde (A7,A9,A12,A13), possibilita a monitoração e avaliação contínua das dispensações dos antirretrovirais e permite a identificação rápida das pessoas com retirada irregular ou em risco de abandono

do tratamento. Reduz, assim, o impacto e as consequências da não adesão para as pessoas que vivem com HIV e para os serviços públicos especializados.

O direito oportuno e contínuo de medicamentos antirretrovirais é considerado uma ação que permite garantir a distribuição dos medicamentos a fim de possibilitar a adesão ao tratamento. Este direito é mediado pela lei federal 9.313/96, que garante o acesso universal ao tratamento antirretroviral, sendo de responsabilidade do governo federal garantir de forma contínua os medicamentos antirretrovirais a todos os sujeitos que o necessitam.¹⁸

A facilidade de acesso às informações sobre o tratamento antirretroviral contribuiu para a sua adesão. O serviço de saúde pode ser considerado um espaço que permite o estabelecimento de intervenções e informações sobre o tratamento. Dessa forma, a disponibilidade de informação sobre a relevância da adesão, permite ao profissional da saúde e ao sujeito reavaliarem as necessidades de adequações, com a finalidade de minimizar as interferências que o tratamento possa ocasionar no cotidiano das pessoas.¹⁹

A fragmentação do serviço (A4,A11) é considerada uma problemática para a manutenção do tratamento. Percebe-se como barreira da adesão a burocracia imposta pela fragmentação do serviço de saúde. Desta forma, destaca-se o papel das farmácias especializadas em serviços de HIV, que podem ser avenidas eficazes para ajudar as pessoas a alcançar a adesão e a persistência em realizar o tratamento.

Os serviços de saúde que apresentam uma estrutura fragmentada podem repercutir em uma problemática para as pessoas que realizam o tratamento antirretroviral, pois dificulta o seu acesso e o estabelecimento de estratégias. O serviços de saúde que ainda apresentam uma fragmentação na assistência às pessoas que vivem com HIV, perpetuam ainda a constituição de um modelo de prática de saúde que interfere na constituição de uma abordagem integral, podendo desta forma, interferir na adesão.²⁰

A organização dos serviços para a adesão é outro aspecto da vulnerabilidade programática que agrupou: a utilização de metodologias comuns e compartilhadas; a participação comunitária na gestão dos serviços; e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

A organização do serviço de saúde esta inter-relacionada com a vulnerabilidade programática, sendo considerado um fator que pode contribuir para a não manutenção do tratamento. Assim, tem-se que a organização do serviço comporta uma assistência de qualidade no cuidado para a adesão, garantindo o acolhimento, o respeito às necessidades psicossociais, levando o sujeito a reconhecer o serviço e os profissionais que nele atuam como parceiros na recuperação de sua saúde.²¹

A utilização de metodologias comuns e compartilhadas por toda a equipe (A7), contribui para a adesão, embora os serviços de saúde tenham em sua maioria equipes multidisciplinares, é necessário que a linha de cuidado e a metodologia utilizada por todos sejam comuns e compartilhadas, para que as pessoas que vivem com HIV tenham uma atenção integral e continuada. As ações realizadas em conjunto por toda a equipe contribuem para o cuidado e o seguimento do tratamento antirretroviral. Uma vez que, a adesão é considerada como um processo dinâmico e multifatorial que requer decisões compartilhadas dentro do serviço de saúde e a corresponsabilização entre sujeito, equipe de saúde e o seu contexto social.²²

A participação comunitária na gestão dos serviços (A14) contribui para a construção de políticas públicas e no estabelecimento de estratégias que venham atender as necessidades específicas dos sujeitos que realizam o tratamento para o HIV. Em relação à participação comunitária na gestão dos serviços é importante para estabelecer um processo compartilhado às estratégias de adesão, os quais vinculam de forma conjunta o olhar do profissional e do paciente sobre o tratamento. Este vínculo entre serviço e comunidade, permite uma melhora na adesão, que conseqüentemente, estão implicados em uma participação ativa das pessoas em seu próprio plano terapêutico, tendo repercussão significativa na construção de sua adesão ao tratamento.^{8,23}

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde (A13,A15,A16), permite que os serviços de saúde realizem constantes avaliações da qualidade do seu serviço, a fim de reverter às causas da não adesão ao tratamento antirretroviral. Esta avaliação é considerada um meio de o serviço melhorar as estratégias para a adesão ao tratamento antirretroviral. Esta ocorre por meio de uma avaliação, que busque entender a complexidade do serviço e de seus profissionais disponíveis, e necessitando da distribuição contínua de medicamentos, realização constante de exames, controle de abandono e faltas, dentre outras.²⁴

CONCLUSÃO

O compromisso e a responsabilidade dos profissionais de saúde é um importante meio de contribuir para a adesão da pessoa que vive com HIV ao tratamento antirretroviral. Os serviços de saúde que estabelecem ações de acolhimento e comunicação promovem que as pessoas entendam as informações sobre o seu tratamento. A construção de um vínculo entre sujeito-profissional fortalece a construção das redes de suporte social, permitindo identificar os fatores que interferem na adesão e estabelecer a construção de intervenções que venham contribuir para a melhora da adesão.

O acesso ao serviço de saúde é outro aspecto que pode interferir na adesão. Principalmente, quando este é mediado por um serviço fragmentado e com burocracias. E, ao possibilitar o direito oportuno e contínuo ao tratamento e a oportunidade de proporcionar às informações sobre suas necessidades, contribui para a realização do tratamento.

A organização dos serviços de saúde possibilita que as pessoas em tratamento antirretroviral mantenham a adesão. Esta organização, quando aliada à avaliação da qualidade da assistência e às decisões do tratamento de forma compartilhada com os demais membros da equipe, contribui para a manutenção da adesão.

Os serviços de saúde com o intuito de promover a saúde das pessoas em tratamento antirretroviral para o HIV e minimizar os aspectos que envolvem a vulnerabilidade programática e a adesão, podem estabelecer suas práticas assistenciais com compromisso e responsabilidade, garantindo a organização do serviço, assim como, o seu acesso, para que

as ações em saúde traduzam as necessidades de cada sujeito e a integralidade na assistência e a corresponsabilização das pessoas pelo seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013.
- 2 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
- 3 - Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(supl.10):1201-1208.
- 4 - Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Junior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Huditec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. P. 375-417.
- 5 - Calazans GJ, Filho HCS, Júnio IF, Ayres JRMC. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA (Org). *Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia*. Editora UFSM: Santa Maria. 2006. P. 43-62.
- 6 - Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2): 5-6.
- 7 - Minayo MCS. *O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec:2010.
- 8 - Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev latinoam enferm*. 2005;13(5):634-641.
- 9 - Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):490-495.
- 10 - Guaragna BFP, Ludwig MLM, Cruz ALP, Graciotto A, Schatkoski AM. Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/AIDS: Relato de experiência. *Revista HCPA*. 2007; 27(2):35-38.
- 11 - Seidl EMF, Mechíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):2305-2316.
- 12 - Bellenzani R, Nemes MIB, Paiva V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/AIDS. *Interface comum saúde educ*. 2013;17(47):803-834.
- 13 - Abrão FMS, Angelim RCM, Cardoso MD, Queiroz SBA, Freitas RMM, Oliveira DC. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. *Rev baiana saúde pública*. 2014;38(1):140-154.
- 14 - Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-581.

- 15 - Macedo SM, Senna MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2):196-201.
- 16 - Vitória MAA. Adesão ao tratamento anti-retroviral: o que podemos fazer para melhorar? In: Ministério da Saúde. Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- 17 - Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma evidência. *Rev Bras de Enferm.* 2009; 62(2):213-220.
- 18 - Hallal R, Ravasi G, Kuchenbecker R, Greco D, Simão M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *Rev Tempus Actas em saúde coletiva.* 2010; 4(2):53-66.
- 19 - Bonolo PF, Gomes RRF, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007 Nov. 16(4): 261-278.
- 20 - Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. *Ciênc saúde coletiva.* 2012. 17(1): 147-156.
- 21 - Neves LAS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):1135-1141.
- 22 - Ilias M, Carandina LM, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2011; 35(2): 471-484.
- 23 - Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MT, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013; 17(4) 740-748.
- 24 - Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Bso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em AIDS no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(2): 207-212.

N. Referência

- A1 Felix G, Ceolim MF. The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. *Rev Esc Enfem USP.* 2012; 46(4):884-891.
- A2 Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adherence to treatment and factors that interfere with HIV positive and those living with AIDS. *Rev Min Enferm.* 2011; 15(2): 208-216.
- A3 Kourrouski MFC, Lima RAG. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. *Rev Latinoam Enferm.* 2009; 17(6):16-22.
- A4 Biressaw S, Abegaz WE, Abebe M, Taye WA, Belay M. Adherence to antiretroviral therapy and associated factors among HIV infected children in Ethiopia: unannounced home-based pill count versus caregiver' report. *BMC Pediatrics.* 2013; 13(132):1-9.
- A5 Arrivillaga M, Ross M, Sringer A, Correa D. Applying an expanded social determinant approach to the concept of adherence to treatment: the case of Colombian women living with HIV/AIDS. *Womwn's Health.* 2011; 21(2):177-183.
- A6 Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Correa CM, Freitas MIF. Barriers and facilitators aspects of adherence to antiretroviral therapy in Belo Horizonte - MG. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(6):1028-1037.

- A7 Gomes RRPM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimarães MDC. Pharmacy records as na indicador of non-adherence to antiretroviral therapy by HIV-infected patients. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(3):495-506.
- A8 Rodrigues R, Bogg L, Shet A, Kumar DS, Costa A. Mobile Phones To Support Adherence To Antiretroviral Therapy: What Would It Cost The Indian National AIDS Control Programme. *Journal of the International AIDS Society*. 2014; 17:19036.
- A9 Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18(1):32-40.
- A10 Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM, Bimirew MA, Kassie DM. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV Positive patients: a qualitative study from Ethiopia. *Plos One*. 2014; 9(5):e97353.
- A11 Arrivallaga-Quintero M. Analysis of barriers to therapeutic adherence for colombian women with HIV/AIDS: a questiono f health rights. *Salud Publica Mex*. 2010; 52:350-356.
- A12 Murphy P, Cocohoba J, Tang A, Pietrandoni G, Hou J, Guglielmo J. Impact of HIV-Specialized Pharmacies on adherence and persistence with antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012; 26(9):526-531.
- A13 Braithwaite RS, Fiellin DA, Nucifora K, Bryant K, Roberts M, Kim N, Justice A. Evaluations interventions to improve antiretroviral adherence: how much of an effect is required for favorable value? *Value Health*. 2010; 13(5):535-542.
- A14 Bogart LM, Wagner GJ, Mutchler MG, Risley B, McDavitt BW, Mckay T, et al. Community HIV Tratment advocacy programs may support treatment adherence. *Aids Educ Prev*. 2012; 24(1):1-14.
- A15 Hirsch JD, Gonzales M, Rosenquist A, Miller TA, Gilmer TP, Best BM. Antiretroviral therapy adherence, medication use, and health care costs during 3 years of community pharmacy medication therapy management program for medi-cal beneficiaries with HIV/AIDS. *J Manag Care Pharm*. 2011;17(3):213-223.
- A16 Kalichman SC, Gleber T. Stress and proverty predictors of treatment adherence among people with low-literacy living with HIV/AIDS. *Psychosom Med*. 2010; 72(8):810-816.

Quadro 1 - Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática - Síntese da revisão. LILACS e MEDLINE, 2014.

Recebido em: 15/04/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 01/09/2015
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Samuel Spiegelberg Zuge
Avenida Sete de Setembro, 109 E, apt 302.
Chapecó, Santa Catarina. Brasil
CEP: 89802-220