



ORIGINALES

El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral

O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral
Knowledge of people living with HIV/Aids about Antiretroviral Therapy

Danielle Chianca de Andrade Moraes ¹

Regina Célia de Oliveira ²

Adriana Vitorino Arruda do Prado ³

Juliana da Rocha Cabral ⁴

Cristiane Aline Corrêa ⁵

Marcella Maria Barbosa de Albuquerque ⁶

¹ Facultad de Enfermería Nossa Senhora das Graças. Universidad de Pernambuco. Programa Asociado de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad de Pernambuco/Universidad Estadual da Paraíba (PAPGENf UPE/UEPB). Brasil.

² Doctora en Enfermería. Profesora adjunta de la Facultad de Enfermería Nossa Senhora das Graças. Universidad de Pernambuco. Brasil.

³ Enfermera. Alumna de Máster en Enfermería del PAPGENf UPE/UEPB. Brasil.

⁴ Enfermera. Residente de Enfermería en Infectología del Hospital Universitario Oswaldo Cruz. Recife. Brasil.

⁵ Alumna de Enfermería. Facultad de Enfermería Nossa Senhora das Graças. Universidad de Pernambuco. Brasil.

⁶ Enfermera. Máster en Salud Comunitaria. Universidad de Pernambuco. Brasil.

E-mail: dani_chianca@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.274001>

Recibido: 09/11/2016

Aceptado: 17/12/2016

RESUMEN:

Con el objetivo de analizar los conocimientos de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) en la terapia antirretroviral (ART), se ha elaborado un estudio descriptivo de corte transversal, enfoque cuantitativo, en los servicios de asistencia especializada (SAE) de los municipios de Caruaru y Garanhuns-PE, Brasil. El estudio incluyó a 256 PVVS. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Se encontró que la mayoría de los entrevistados eran hombres; entre 30 y 49 años. Sólo 56 PVVS presentan escuela secundaria superior. Se observó que grupo de edad, religión, educación e ingresos familiares están significativamente asociados ($p > 0.05$) en el nivel de conocimiento acerca del ART. En cuanto a los conocimientos sobre la acción de medicamentos antirretrovirales, 27,7% no sabían o habían divulgado, erróneamente, que el medicamento actúa destruyendo el VIH. Con respecto a la indicación de la HAART, 82% respondió que está indicado para el control del virus. En cuanto a la duración del tratamiento, 12,5% informó que este dura hasta la normalidad en los resultados de la prueba. El conocimiento acerca de las precauciones con el uso de otras medicinas, 25% informó que puede hacer uso de las medicinas, sin tener en cuenta consejos médicos. Los efectos adversos gastrointestinales y psiquiátricos fueron los más conocidos (69.1% y

39.8%). Se concluye que el conocimiento acerca de la terapia es un aspecto que puede contribuir a una adherencia insuficiente y que debe ser trabajado por profesionales de la salud que trabajan en pequeñas empresas agrícolas.

:

Palabras clave: VIH; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; Medicamentos Antirretrovirales; Conocimiento del Paciente acerca de la Medicación.

RESUMO:

Com o **objetivo** de analisar o conhecimento das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) sobre a terapia antirretroviral (TARV), desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) dos municípios de Caruaru e Garanhuns-PE, Brasil. Participaram do estudo 256 PVHA. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial (testes: Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher; e de Verossimilhança). Verificou-se que a maioria dos entrevistados eram homens; entre 30 a 49 anos. Apenas 56 PVHA apresentaram ensino médio/superior. Percebeu-se que faixa etária, religião, escolaridade e renda familiar estão significativamente associadas ($p>0,05$) ao nível de conhecimento sobre TARV. Quanto ao conhecimento acerca da ação dos antirretrovirais, 27,7% não sabiam ou referiram, erroneamente, que a medicação age destruindo totalmente o HIV. A respeito da indicação da TARV, 82% responderam que é indicada para o controle do vírus no organismo. Quanto à duração do tratamento, 12,5% referiram que este dura até a normalidade nos resultados dos exames. Sobre conhecimento acerca das precauções com uso de outros medicamentos, 25% referiram que podem fazer uso de qualquer outro medicamento, independentemente da orientação médica. Os efeitos adversos gastrointestinais e psiquiátricos foram os mais conhecidos (69,1% e 39,8%). Conclui-se que o conhecimento sobre a terapêutica trata-se de um aspecto que pode contribuir para uma adesão inadequada e que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde que atuam nos SAEs.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Antirretrovirais; Conhecimento do Paciente sobre a Medicação.

ABSTRACT:

In order to analyze the knowledge of people living with HIV/AIDS (PLWHA) on antiretroviral therapy (ART), a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach was carried out in the Specialized Care Services (SCS) in the municipalities of Caruaru and Garanhuns – PE, Brazil. A total of 256 PLWHA took part in the study. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. It was found that the majority of respondents were male; aged 30-49 years. Only 56 PLWHA had completed high school/higher education. It was noticed that age group, religion, education and family income are significantly associated ($p>0.05$) with the level of knowledge about ART. As to the knowledge on antiretroviral action, 27.7% did not know or erroneously responded that the medication acts completely destroying the HIV. Regarding the indication of ART, 82% said that it is indicated for the control of the virus. As to the duration of treatment, 12.5% mentioned that it lasts until the normal examination results are obtained. In relation to knowledge about the precautions with the use of other drugs, 25% said that they can make use of any medicine without medical advice. Gastrointestinal and psychiatric adverse effects were the most common (69.1% and 39.8%). We conclude that knowledge on therapy is an aspect that can contribute to poor adherence and that it represents an issue to be worked by health professionals working in the SCSs.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Anti-retroviral Agents; Patient's Knowledge on Medication.

INTRODUCCIÓN

El descubrimiento del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (Sida) y de su agente etiológico, el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), se volvió un importante marco en la historia de la salud mundial al final del siglo XX. A pesar del gran avance alcanzado acerca del conocimiento científico y planes terapéuticos, ese problema aún representa gran impacto en la salud pública ⁽¹⁾.

A partir de la introducción de la terapia antirretroviral (TARV), fue posible percibir el control en la multiplicación viral y el curso más lento de la enfermedad, generando la reducción de la morbilidad asociada y posibilitando a las personas que viven con

VIH/Sida (PVHA) una mayor expectativa y calidad de vida, así como pasando a considerar el grave perfil crónico posible de control ^(2,3).

El año de 2016 se inició con cerca de 16 millones de PVHA en uso de TARV en todo el mundo, y con la expectativa de alcanzar 30 millones hasta 2020 ⁽⁴⁾. Actualmente, Brasil tiene cerca de 450 mil personas haciendo uso de la TARV ofrecida por el Sistema Único de Salud. Un aumento de 58,15% en comparación a 2011, cuando disponibilizaba 284.390 mil ⁽⁵⁾.

El control de la enfermedad demanda acompañamiento clínico permanente y el uso continuo de los antirretrovirales ⁽⁶⁾. De esa forma, la adhesión a los mismos es imprescindible para el éxito del tratamiento; todavía, generalmente es influido por la asociación de diversos factores, inherentes o no a la PVHA ⁽⁷⁾. Así, entre el universo de factores que interfieren en una adhesión adecuada para hacer efectiva la acción de los antirretrovirales, el poco conocimiento o la falta de información al respecto del uso de ellos y de los riesgos venidos de una no adhesión destacan como variables significantes ⁽⁸⁾. Eso se debe a la exposición a la vulnerabilidad de no adaptación a la terapia, a la depresión y al estrés psicológico, además de los efectos adversos que las medicaciones causan. Sin embargo ese escenario puede ser revertido por los profesionales del área de salud responsables de la dispensación y del monitoreo de la terapia ^(9,10).

Considerando ese aspecto, los profesionales de las redes asistenciales -como agentes promotores de salud- deben conducir los intercambios de saberes de forma clara y estimular la emancipación del sujeto que hace uso de la TARV, para que decida sobre los cambios de actitudes y de comportamientos necesarios para mejorar la calidad de vida, a través de la promoción de conductas activas y participativas, valorando encuentros que primen por este diálogo ⁽¹¹⁾. De esta manera, el conocimiento del esquema terapéutico por parte del paciente es la condición básica para la progresión del tratamiento ⁽¹²⁾.

El conocimiento parte de la formulación de una idea sobre algo, a partir de la construcción basada en valores socioculturales, experiencias o vivencias previas y reflexiones críticas, tratándose de un proceso dinámico y en permanente construcción ⁽¹³⁾.

Las fallas en la comprensión de las informaciones y/o escasez de esas orientaciones sobre la TARV reflejan lagunas en el conocimiento de las PVHA, y ese escenario implica la posibilidad de conducción del usuario al consumo irregular de los antirretrovirales o tomadas de dosis insuficientes. Como resultado, el éxito de la terapéutica puede ser comprometido, ocasionando limitación de las opciones de tratamiento y posibilitando la transmisión de virus multirresistentes, configurando consecuencias para el/a paciente y para la salud pública ^(2,3,14). En ese sentido, este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento de PVHA sobre la TARV.

MÉTODOS

Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, con delineamiento transversal, realizado en dos Servicios de Asistencia Especializada (SAE) en VIH/Sida – localizados en los municipios de Caruaru y Garanhuns, situados en la región Agreste del estado de Pernambuco, Brasil.

Fueron incluidas las personas con edad igual o superior a 18 años, de ambos sexos, que estaban en uso de TARV, hace por lo menos 1 año, y que frecuentaban los servicios para monitoreo de carga viral y CD4. Se excluyeron los portadores de deficiencia mental y las gestantes.

La muestra fue del tipo estratificada no probabilística. El tamaño de las muestras fue determinado, considerándose: a) el tamaño de la población de cada SAE (siendo el SAE "A" con 860 personas en TARV y el SAE "B" con 85 personas en TARV); b) el margen de error de 5%; e c) el nivel de confianza de 95%. El porcentual de pérdidas de las muestras, en ambos cálculos, fue de 20%.

El cálculo de la muestra resultó en 192 personas para el del SAE "A" y de 64 personas para el SAE "B", totalizando 256 personas. Los cálculos fueron hechos a través del EPI-INFO® en la versión 6.0.

Los datos fueron recolectados entre mayo y agosto de 2013. Para eso, dos instrumentos fueron utilizados en la recolección: un formulario para los datos sociodemográficos y registros de los expedientes (antirretrovirales prescritos); y un cuestionario para verificar el conocimiento sobre la TARV, el cual fue elaborado con base en dos estudios ^(15,16). Este estuvo compuesto por seis preguntas que contemplaron el conocimiento del usuario acerca de la terapia (las respuestas fueron marcadas y, posteriormente, utilizadas para establecer el nivel de conocimiento); y una pregunta (sin puntuación) para conocer el origen de las informaciones obtenidas sobre la terapéutica. Las seis preguntas involucraron conocimiento general respecto de los antirretrovirales, en lo que se refiere a la acción, indicación, duración del tratamiento, efectos adversos y precauciones, nombres de los medicamentos que componen la TARV, dosis y frecuencia(s) prescritos por el(a) médico(a), así como las fuentes de las informaciones acerca de la TARV.

En cuanto a los nombres de los antirretrovirales, dosis y frecuencia, se consideró respuestas correctas cuando fue posible identificar acuerdo entre todas las declaraciones de los pacientes, con los registros de los expedientes, incluso cuando fueron utilizadas nomenclaturas distintas para la misma medicación (nombre comercial y siglas, por ejemplo). En el momento de la entrevista, no fue permitido al entrevistado consultar la receta médica o embalaje del medicamento o cualquier anotación que él tuviese en sus manos, a fin de evitar viese en el estudio en cuanto al conocimiento sobre la terapéutica prescrita.

El score fue desarrollado a través de los estudios de Ceccato et al.⁽¹⁶⁾ y Silva, Schenkel y Mengue ⁽¹⁵⁾. Fueron atribuidos diferentes puntos para cada pregunta, considerando su importancia para la utilización segura de los medicamentos en nivel ambulatorio. Se consideró uso seguro de la TARV aquel que no cause daños a la salud y al bienestar del paciente ⁽¹⁶⁾ – Cuadro 1.

Cuadro 1 – Clasificación del nivel de conocimiento sobre la TARV basada en los estudios de Ceccato et al.⁽¹⁶⁾ y Silva, Schenkel y Mengue⁽¹⁵⁾

Clasificación del conocimiento	Score	Condición de seguridad en la utilización de los medicamentos*
Bueno	> 8 puntos	Ofrece condiciones de usar el medicamento de forma segura en cualquier circunstancia.

Regular	Entre 6 y 8 puntos	Ofrece condiciones de usar el medicamento de forma segura en condiciones ideales sin ningún tipo de alteración durante el tratamiento.
Insuficiente	< 6 puntos	No ofrece condiciones de utilizar el medicamento con seguridad.

*Se considera uso seguro de medicamentos antirretrovirales aquel que no cause daños a la salud y al bienestar del paciente (16).

Fue realizado el análisis estadístico descriptivo por medio de las frecuencias absoluta y relativa. La variable referente al nivel de conocimiento, para fines de asociación estadística, fue definida como variable dependiente y clasificada como variable cualitativa del tipo ordinal. Las variables sociodemográficas y la proveniencia de las acciones generales del TARV fueron definidas como variables independientes y clasificadas como variable cualitativa del tipo ordinal (grupo de edad, renta familiar, escolaridad) y nominal (sexo, religión, raza/color y proveniencia de las acciones generales del TARV). Para análisis de comparación de variables cualitativas, se utilizaron el test Chi-cuadrado de Pearson, test Exacto de Fisher y el test de Verossimilhança. Se consideraron margen de error de 5% y confiabilidad de 95,0%, para eso se utilizó el programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), en la versión 21.0.

El estudio atendió a las normas nacionales de ética en investigación implicando seres humanos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, donde obtuvo aprobación en el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Oswaldo Cruz, parecer nº: 205.799. Todos los participantes fueron informados en cuanto al objetivo del estudio, y los que aceptaron, registraron la concordancia en el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

RESULTADOS

En lo que se refiere a las características sociodemográficas, se verificó que la mayoría de los entrevistados (n=136), fue de sexo masculino en el grupo de edad de 30 a 49 (n=164). Los extremos etarios variaron entre 18 y 87 años con desvío estándar de 12 años y media de 42 años. En cuanto a la raza auto declarada, prevaleció la raza parda (n= 139). Apenas 56 PVHA presentaron enseñanza media o superior, destacándose el bajo nivel de escolaridad, donde 48 eran analfabetos. En cuanto a la renta familiar, la mayor parte de los evaluados (n=158) recibía hasta un salario mínimo (SM) – Tabla 1.

También, en la Tabla 1, se analiza la asociación entre el nivel de conocimiento y el perfil sociodemográfico en relación al grupo de edad, sexo, religión, escolaridad y renta y la asociación entre ellos. Se observa que 51,2% de las PVHA obtuvo un nivel de conocimiento sobre la TARV clasificado como regular, destacándose en esta clasificación el grupo de edad de 50 a 59 años (78,1%), de sexo femenino (54,2%), de religión espírita (70%), la escolaridad del tipo analfabeto (54,2%) y la renta familiar de más de un salario mínimo (59,2%). Además, 33,6% presentaron un nivel de conocimiento clasificado como insuficiente, destacándose el grupo de edad de 30 a 39 años (35,1%), de sexo femenino (35%), de religión evangélica (42,6%), de nivel de escolaridad analfabeto (45,8%) y la renta familiar de menos de un salario mínimo (39,2%).

Se percibe que grupo de edad, religión, escolaridad y renta familiar están asociadas al nivel de conocimiento sobre la TARV, pues revela una asociación significativa ($p > 0,05$).

Tabla 1 – Distribución de los pacientes analizados según el perfil sociodemográfico en los Servicios de Asistencia Especializada “A” y “B” (Región Agreste de Pernambuco) – 2013

Variable	Nivel de conocimiento						TOTAL		Valor de p
	Bueno		Regular		Insuficiente				
	n	%	N	%	N	%	n	%	
Grupo Total	39	15,2	131	51,2	86	33,6	256	100,0	
• Grupo de edad									
Hasta 29	6	17,1	19	54,3	10	28,6	35	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,027*
30 a 39	15	19,5	35	45,5	27	35,1	77	100,0	
40 a 49	16	18,4	41	47,1	30	34,5	87	100,0	
50 a 59	1	3,1	25	78,1	6	18,8	32	100,0	
60 o más	1	4,0	11	44,0	13	52,0	25	100,0	
• Sexo									
Masculino	26	19,1	66	48,5	44	32,4	136	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,183
Femenino	13	10,8	65	54,2	42	35,0	120	100,0	
• Raza/Color									
Blanco	18	22,0	40	48,8	24	29,3	82	100,0	p ⁽²⁾ = 0,248
Pardo	20	14,4	69	49,6	50	36,0	139	100,0	
Negro	1	4,2	14	58,3	9	37,5	24	100,0	
Otra	-	-	8	72,7	3	27,3	11	100,0	
• Religión									
Católico	21	12,2	93	54,1	58	33,7	172	100,0	p ⁽²⁾ = 0,026*
Evangélico	8	14,8	23	42,6	23	42,6	54	100,0	
Espírita	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	100,0	
Otra	8	40,0	8	40,0	4	20,0	20	100,0	
• Escolaridad									
Analfabeto	-	-	26	54,2	22	45,8	48	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Primaria incompleta	9	8,9	50	49,5	42	41,6	101	100,0	
Primaria completa	14	27,5	26	51,0	11	21,6	51	100,0	
Secundaria/ Superior	16	28,6	29	51,8	11	19,6	56	100,0	

• **Renta**

familiar

Menos de uno	23	14,6	73	46,2	62	39,2	158	100,0	$p^{(1)} = 0,049^*$
Mayor o igual a uno	16	16,3	58	59,2	24	24,5	98	100,0	

(*): Diferencia significativa al nivel de 5,0%.

(1): A través del test Chi-Cuadrado de Pearson.

(2): A través del test Exacto de Fisher.

(3): A través del test de Verossimilhança.

La tabla 2 presenta la distribución de las PVHA, según conocimiento general de la TARV (acción, indicación, duración del tratamiento y precauciones). Sobre el conocimiento acerca de la acción de la TARV, 27,7% de las PVHA no sabían o refirieron, erróneamente, que la medicación actúa y destruyendo totalmente el VIH. En contrapartida, cuando preguntados respecto de la indicación de la TARV, la mayoría (82%) respondió que esa terapia es usada para el control del VIH, protegiendo el organismo, de esa forma, de las enfermedades oportunistas.

En lo que dice respecto al conocimiento sobre la duración del tratamiento con la TARV, 12,5% de los entrevistados refirieron que el tratamiento dura hasta la normalidad en los resultados de los exámenes, 71,1% relataron que el tratamiento dura para siempre y 16,4% no supieron responder. En cuanto al conocimiento sobre las precauciones con uso de otros medicamentos, 65,6% respondieron que puede hacer uso de otro medicamento, siempre que sea bajo orientación médica. En contrapartida, 9,4% no sabían y 25% refirieron que puede hacer uso de cualquier otro medicamento, independientemente de la orientación médica.

En lo que se refiere al conocimiento sobre los efectos colaterales provocados por la TARV, los gastrointestinales fueron señalados por la mayoría de las PVHA (69,1%), seguidos de los psiquiátricos (39,8%). Los efectos neurológicos, efectos metabólicos y los cardiovasculares fueron los efectos de menor conocimiento por los entrevistados, 9%, 5,1% y 4,7%, respectivamente. Además, 17,6% refirieron que no conocían los efectos colaterales que la TARV puede causar.

Tabla 2 – Distribución de las personas viviendo con VIH/Sida, según el conocimiento general de la TARV (acción, indicación, duración del tratamiento y precauciones) y de los efectos colaterales provocados por el uso de los mismos, en los Servicios de Asistencia Especializada “A” y “B” (Región Agreste de Pernambuco) – 2013

Variable	N	%
Total	256	100,0
• Conocimiento sobre la acción de los ARVs		
Medicación actúa destruyendo totalmente el virus	34	13,3
Medicación actúa controlando el virus	185	72,3
No saben	37	14,4
• Conocimiento sobre la indicación de los ARVs		
Indicado para curar el VIH/Sida	21	8,2
Indicado para controlar el VIH y proteger las enfermedades oportunistas	210	82,0
No saben	25	9,8

• **Conocimiento sobre la duración del tratamiento con ARV**

Tratamiento dura hasta la normalidad en los resultados de los exámenes	32	12,5
Tratamiento dura para siempre	182	71,1
No sabe	42	16,4

• **Conocimiento sobre las precauciones con uso de otros medicamentos por las personas en TARV**

Pueden hacer uso de cualquier otro medicamento	64	25,0
Pueden hacer uso de otro medicamento sobre orientación médica	168	65,6
No saben	24	9,4

• **Conocimiento de los efectos colaterales que los ARVs pueden causar**

Efectos gastrointestinales	177	69,1
Efectos psiquiátricos	102	39,8
Efectos neurológicos	23	9,0
Efectos metabólicos	13	5,1
Efectos cardiovasculares	12	4,7
No saben	45	17,6

La tabla 3 presenta la distribución de las PVHA, según el conocimiento sobre la TARV prescrita. Solo 13,7% de la población conocía el nombre de los medicamentos que componen la TARV. En cuanto a la(s) dosi(s) y a la frecuencia de uso de la TARV, estas fueron conocidas por la mayoría de la población, siendo 80,1% y 82,4%, respectivamente.

Tabla 3 – Distribución de las personas viviendo con VIH/Sida, según conocimiento sobre la TARV prescrita, en los Servicios de Asistencia Especializada “A” y “B” (Región Agreste de Pernambuco) - 2013

Variable	Conocen		No conocen	
	N	% ⁽¹⁾	N	% ⁽¹⁾
Total	256	100,0	256	100,0
• Conocimiento sobre la TARV prescrita				
Nombres correctos de los antirretrovirales ⁽²⁾	35	13,7	221	86,3
Dosis correcta de los antirretrovirales ⁽²⁾	205	80,1	51	19,9
Frecuencia correcta de la toma de los antirretrovirales ⁽²⁾	211	82,4	45	17,6

(1): Los valores porcentuales fueron obtenidos del número total de 256 pacientes analizados.

(2): Fueron considerados nombre(s) de lo(s) antirretroviral(es), dosis y frecuencia prescritos correctamente, cuando fue posible identificar acuerdo entre todas las declaraciones de los pacientes, con los registros de las fichas médicas, aún cuando fueron utilizadas nomenclaturas distintas para la misma medicación (nombre comercial y siglas, por ejemplo).

En lo que concierne a la tabla 4, se observa que la mayoría de los entrevistados relató que tuvo orientación sobre la TARV a través del(a) médico(a) del ambulatorio - SAE (92,9%) y de otros profesionales del ambulatorio - SAE (60,2%). Los programas de TV, otras personas que hacen uso de la terapia y la investigación en *internet*, obtuvieron los siguientes porcentuales: 28,1%, 24,6% y 21,1%, respectivamente. Las orientaciones provenientes del(a) enfermero(a) del ambulatorio – SAE (10,5%) y por los grupos de educación de salud (6,6%) fueron poco frecuentes.

El test de comparación de la distribución de los escores de orientaciones generales de la TARV entre el origen de las informaciones fue significativo en relación al/a médico(a) del ambulatorio, otras personas que hacen uso de la terapia, investigación en *internet*, revista y panfleto, enfermero(a) del ambulatorio y grupos de educación de salud indicando que están asociados al conocimiento de la TARV ($p < 0,05$).

Tabla 4 – Distribución de los adultos viviendo con VIH/Sida, según fuentes de las orientaciones sobre la terapia antirretroviral, en los Servicios de Asistencia Especializada “A” y “B” (Región Agreste de Pernambuco) – 2013

Variables	Bueno				Regular				Insuficiente				Total				Valor de p
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Orientaciones Generales Sobre la TARV provienen de:																	
Médico(a) del ambulatorio	34	87	5	13	126	98	3	2,3	76	89	10	12	19	7,1	237	92,9	P ⁽¹⁾ = 0,011*
Otros profesionales del ambulatorio	22	56	17	44	80	62	50	39	52	60	35	40	154	60	102	39,8	P ⁽¹⁾ = 0,845
Programas de TV	24	62	15	39	38	29	92	80	19	22	92	71	72	28	184	71,9	P ⁽¹⁾ = 0,147
Personas que hacen la terapia	15	39	24	62	41	32	89	69	7	8	80	92	63	25	193	75,4	P ⁽¹⁾ = 0,000*
Investigación en <i>internet</i>	17	44	22	56	29	22	101	78	8	9,2	79	91	54	21	202	78,9	P ⁽¹⁾ = 0,000*
Revista y panfleto	13	33	26	67	22	17	108	83	4	4,6	83	95	217	85	39	15,2	P ⁽¹⁾ = 0,000*
Enfermero(a) del ambulatorio	7	18	32	82	16	12	114	88	4	4,6	83	95	27	11	229	89,5	P ⁽¹⁾ = 0,051*
Grupos de educación de salud	7	18	32	82	9	6,9	121	93	1	1,1	86	99	17	6,6	239	93,4	P ⁽¹⁾ = 0,002*
Enfermero(a) de la ESF	1	2,6	38	97	7	5,4	123	95	6	6,9	81	93	14	5,5	242	94,5	P ⁽¹⁾ = 0,612
Médico(a) del programa salud de la familia	0	0	39	100	4	3,1	126	97	5	5,7	247	97	9	3,5	247	96,5	P ⁽¹⁾ = 0,250

(*): Diferencia significativa al nivel de 5,0%.

(1): A través del test Chi-Cuadrado de Pearson.

(2): Los valores fueron obtenidos del número total de 256 pacientes analizados.

DISCUSIONES

Se constató que las variables sociodemográficas de los individuos presentaron similitud con los estudios ya producidos en Brasil ^(17,18) y son compatibles con los datos presentados en el último boletín epidemiológico del Ministerio de Salud en 2014⁽¹⁹⁾.

El inicio precoz de la utilización de la terapia antirretroviral en PVHA ha sido uno de los motivos del éxito de la política brasileña, destacando en el panorama internacional. El país siempre acompañó las innovaciones mundiales y hoy ya está disponible con tratamiento de primera elección la TARV tres en uno, o sea, tres drogas en un único comprimido (3TC, TDF, EFV). Los desafíos continúan, y el país permanece en la línea de frente en la adopción de tecnologías innovadoras de diagnóstico, prevención, tratamiento y asistencia de calidad ⁽²⁰⁾.

Inserto en ese contexto, se sabe que la adhesión a la TARV es un predictivo positivo de calidad de vida y mayor sobrevida de las personas que viven con VIH/Sida, principalmente por mejorar la inmunidad, controlar la replicación viral, retardar la progresión de la enfermedad y prevenir la aparición de las enfermedades oportunistas. A pesar de todos los beneficios, muchas PVHA tienen dificultades de adhesión, relacionadas a las repercusiones clínicas del tratamiento, dificultad de acceso al servicio y, consecuentemente, de acceso a los medicamentos, estigma social de la enfermedad y por la falta de conocimiento en lo que concierne a la TARV⁽²¹⁾.

La presente investigación ratificó con un estudio brasileño que evidenció que el nivel educacional en PVHA es un factor importante en la calidad del conocimiento sobre VIH/Sida. Por lo tanto, la escolaridad elevada representa un mejor nivel de conocimiento en lo que concierne a la TARV⁽²²⁾.

Otro estudio relata que, cuando los pacientes son conscientes de su proceso salud-enfermedad, fue posible, con el uso de medicamentos, aumentar la sobrevida, vivir con calidad y sentir motivación para hacer el tratamiento adecuadamente. De esa manera, es de suma importancia una discusión de rutina entre profesionales de salud y usuarios respecto del hecho del VIH/Sida ser una enfermedad crónica, incurable hasta el momento y que requiere un tratamiento diario, continuo y permanente. Además, es de gran valor la explicación del mecanismo de acción de la medicación, indicación de la TARV, interacción medicamentosa, así como de las ventajas obtenidas en la adhesión al tratamiento, buscando una mayor participación del usuario en el mantenimiento de su salud⁽²³⁾.

Aún, fue posible percibir que la mayoría de los entrevistados (72,7%) posee los conocimientos generales acerca de la TARV. Tal hallazgo puede favorecer el país en lo que atañe al cumplimiento de algunos criterios establecidos de la meta “90/90/90”, a saber: 90% de las PVHA conociendo su status serológico, 90% de las PVHA siguiendo TARV y 90% de las personas en TARV, alcanzando supresión viral, hasta el año 2020. Así, es sabido que el correcto conocimiento acerca de la TARV favorece el seguimiento del tratamiento, proporcionando la inhibición de la replicación viral ⁽²⁴⁾.

Las dificultades encontradas en el uso de la TARV realzan la decisión de la persona portadora de VIH en cambiar su ritmo de vida para administrar y aceptar ciertos efectos adversos, y suscitan la necesidad de acciones de soporte, por parte del equipo de salud, que traigan contribuciones positivas específicas para la realidad de cada sujeto ⁽²⁵⁾.

Como queja de efectos colaterales, la mayoría de los entrevistados destacó la presencia de la repercusión gastrointestinal como vómito, náusea y malestar, ratificando otros estudios^(23,25,21). La presencia de los efectos colaterales puede contribuir a una adhesión inadecuada.

En este estudio, se evidenció que la gran mayoría (86,3%) de los investigados no conocía los nombres de los medicamentos que componen el esquema prescrito de la TARV. En relación a la cuestión de la información o la falta de la misma, hay estudios mostrando que en torno al 50% de las informaciones suministradas por el(la) médico(a) al paciente durante la consulta son olvidadas rápidamente, sin embargo, aquellos pacientes cuyos médicos están siempre testando su grado de conocimiento en relación a las recomendaciones dadas son mucho más propensos a guardar la información de que aquellos cuyos médicos no tuvieron ese cuidado⁽²⁶⁾. A partir de tal evidencia, se resalta la necesidad de una evaluación y posteriores intervenciones de enfermería, como orientaciones sobre formas de contagio, nombre de los medicamentos, tratamiento, prevención de la enfermedad y evolución del VIH/Sida, además del soporte social y psicológico, a fin de minimizar los efectos negativos de la enfermedad sobre los individuos seropositivos y, con eso, obtener mejores resultados en lo que concierne a vivir bien con una enfermedad crónica⁽²⁷⁾.

El foco de la enfermería se dirige a la realización de consultas de enfermería, a partir del compartir y por la construcción del conocimiento de forma conjunta y no vertical, que puedan promover el estímulo a la adhesión del tratamiento, conocimiento de la TARV y la adopción de estilos de vida saludables a fin de minimizar los efectos colaterales, buscando así una mejoría en la calidad de vida de las PVHA. Bajo ese concepto, es necesaria la planificación de las consultas que buscan a la sustentabilidad de los cambios a lo largo del tiempo para que la transformación en los hábitos de vida sea iniciada y mantenida⁽²⁸⁾.

En ese contexto, Almeida⁽²⁹⁾ describe la importancia de la consulta de enfermería para esa clientela, señalando que en un estudio realizado en el ambulatorio de infectología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre se creó un programa de adhesión en que la consulta de enfermería estaba incluida en el proceso, evidenciándose la mejora del paciente en el enfrentamiento de la enfermedad llevando al aumento de los niveles de adhesión.

Estudios realizados en diversos países revelan que para producir una información de buena calidad es necesario que ésta sea realizada a partir de las necesidades del paciente y que el mismo esté implicado en el proceso junto con el equipo multidisciplinario de salud⁽²⁶⁾.

Se observa, además, que hay una baja demanda en los SAEs para las consultas de enfermería y que las orientaciones sobre la TARV provienen, en su mayoría, de los profesionales médicos que realizan atención ambulatoria. En este sentido, se sabe que vínculo en el SAE es iniciado a partir de la acogida, siendo fundamental para la adhesión al tratamiento. Dentro de esa perspectiva de acogida, se tiene al enfermero(a) como miembro del equipo multiprofesional y que este desempeña papel fundamental en la primera consulta al formar un vínculo usuario-profesional-servicio⁽³⁰⁾. Macêdo y colaboradores⁽³¹⁾ refieren que la consulta de enfermería es utilizada para suministrar orientaciones e informaciones sobre la enfermedad, como también el estímulo y la participación del paciente en el proceso de cuidar, permitiendo que el(la) enfermero(a) se posicione en un papel diferenciado.

Los SAEs, en cuanto a servicios de salud, son locales privilegiados y estratégicos para promover acciones de educación en salud buscando la construcción del conocimiento de forma humanizada acerca de la importancia de la adhesión de la TARV y a la rutina del tratamiento en la vida de los pacientes, además de ser

imprescindible el contemplar la educación en salud para prevención de la enfermedad y promoción, recuperación y mantenimiento de la salud de esa población^(23,32). El(la) enfermero(a) puede ser también el(la) articulador(a) de las acciones educativas, pues puede ofrecer una atención en la que las PVHA se sientan acogidas, para que se establezca la confianza en el equipo, estableciendo un vínculo entre ambas partes, y, así, cada una de ellas comprendiendo su responsabilidad sobre la terapia⁽³⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Es posible referir que el conocimiento sobre la terapéutica se trata de un aspecto que puede contribuir a una adhesión inadecuada y que debe ser trabajado por los profesionales de salud que actúan en los SAEs, así como el(la) enfermero(a), a través de orientaciones que aborden los mecanismos relacionados al tratamiento, que pueden interferir en su adhesión: acción, indicación, duración, precauciones y efectos adversos de los antirretrovirales.

Además, la falta de conocimiento o la confusión en los nombres de los antirretrovirales mencionados en este estudio son hallazgos importantes para la no adhesión al tratamiento o para la toma de medicamentos equivocada, lo que pone en riesgo la seguridad de las PVHA, en lo que se refiere a la posibilidad de daños a la salud.

Por otro lado, se constató un bajo porcentual de informaciones/conocimiento respecto de la TARV, presentado por las PVHA, que puede haber sido proveniente de orientaciones de los enfermeros de los SAEs. Ese evento puede estar relacionado a la rutina del servicio, en que el acompañamiento clínico y terapéutico de la persona en tratamiento antirretroviral es realizado, casi siempre, por el(la) médico(a). Entonces, el hecho del bajo porcentual de referencia a las informaciones sobre la TARV, mencionado por las personas en tratamiento, ser oriundo de grupos de educación en salud, se configura como un vasto campo para la actuación, teniendo en cuenta la importancia de la promoción de esas actividades para mantener el cuidado con el tratamiento y mejorar la calidad de vida de las PVHA.

Los enfermeros y los demás profesionales que actúan en los SAEs pueden utilizar estrategias como la implementación de grupos de educación en salud en los servicios ambulatorios, mientras no haya grupos implantados en los servicios estudiados, con la perspectiva de que, a través de ellos, sea promovido el conocimiento adecuado a respecto de la TARV para su adhesión, así como el fortalecimiento de vínculos entre las PVHA y el servicio.

Se espera que este estudio pueda contribuir a la comprensión del VIH/Sida y servir de comparación con otros estudios que aborden la temática del conocimiento acerca de la TARV por las PVHA para suministrar subsidios al fortalecimiento de acciones que promuevan el uso racional de los antirretrovirales y, así, la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Unaid - the joint united nations programme on hiv/aids. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf> [Acesso em 2016 fev 26].

2. Picelli I, Díaz-Bermúdez XP. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. Saude soc. 2014 [acesso em 2016 fev 26]23(2) 496-509. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200496>
3. Fiuza MLT, et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. Esc. Anna Nery R. Enferm. - Bra-. 2013 [acesso em 2016 fev 26]17(4) 740-748. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400740
4. Nações unidas no Brasil. Vice-chefe do UNAIDS destaca papel do Brasil no combate ao HIV, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/vice-chefe-unaid-destaca-papel-do-brasil-no-combate-ao-hiv/> [Acesso em 2016 fev 26].
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. [Acesso em 2016 fev 27].
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_final_31_7_2015_pdf_30707.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013 [Acesso em 2016 fev 27].
7. Silva R, et al. Limites e obstáculos na adesão à terapia antirretroviral. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-. 2014 [acesso em 2016 jan 12]6(4) 1732-1742. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3148/pdf_1309>
8. Souza C, et al. Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. Rev Latino-am Enfermagem – Bra. 2013 [acesso em 2016 fev 25]21(3) 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200624>
9. Moraes DCA, et al. Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-. 2015 [acesso em 2016 jan 17]7(4) 3563-3573. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5040/pdf_1753>
10. Pereira LB, et al. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem T-CD4. RBCS. 2012 [acesso em 2016 jan 25]16(2) 149-160. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/11544/7321>>.
11. Pereira AV, Vieira ALS, Amâncio FA. Grupos de Educação em Saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. Trab. educ. saúde (Online). 2011 [acesso em 2016 fev 04]9(1) 25-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100003>
12. Motta MGC, et al. Vivências do adolescente com HIV/AIDS. Reme -Bra-. 2014 [acesso em 2016 mar 03]18(1) 181-187. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/917>>
13. Silva SL. Gestão do conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. Ci. 2014 [acesso em 2016 fev 27]33(2) 143-151. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a15v33n2.pdf>>.
14. Tietzmann DC, et al. Prevalências de adesão à terapia antirretroviral e fatores associados em pacientes adultos de três centros urbanos do Sul do Brasil. Aletheia. 2013 [acesso em 2015 fev 25]41 154-163. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a12.pdf>>.

15. Silva T, Schenkel EP, Mengues SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad. Saúde Pública*. 2000 [acesso em 2016 fev 27]16(2) 449-455. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000200015&script=sci_abstract&tlng=pt >
16. Ceccato MGB, et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*. 2004 [acesso em 2016 mar 07]20(5) 1388-1397. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/34.pdf> >
17. Castro AP, et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/Aids em Hospital de Salvador. *Rev Baiana Enferm*. 2013 [acesso em 2016 mar 01];37 (suplemento1): 122-132. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl_1/a3429.pdf >. Acesso em 01 mar. 2016.
18. Costa TL, Oliveira DC, Formozo. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2016 fev 25]31(20) 365-376. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200365 >
19. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf >. [Acesso em 2016 fev 27].
20. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:< www.aids.gov.br/sites/default/files/.../fasciculo_01_pdf_28749.pdf > [Acesso em 2016 fev 27].
21. Silva ACO, et al. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Latino-am Enfermagem – Bra*. 2014 [acesso em 2015 fev 25]22(6) 994-1000. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00994.pdf >
22. Irfi G, Soares RB, Souza SA. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. *EconomiA*. 2010 [acesso em 2016 mar 01]11(2) 333–356. Disponível em: < http://www.anpec.org.br/revista/vol11/vol11n2p333_356.pdf >
23. Santos WJ, et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte MG. *REBEn*. 2011 [acesso em 2016 mar 01]64(6) 1028-1037. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600007 >
24. Mercosul. Aids/HIV no Mercosul. CIHIV Mercosul. 2015 [acesso em 2016 fev 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58585/revista_mercosul_pdf_19164.pdf>.
25. Gontijo DT, et al. “Deixo ela no canto e vou tocar minha vida”: significados de viver com HIV para homens com adesão irregular à terapia antirretroviral. *RBPS*. 2013 [acesso em 2016 mar 03]26(4) 480-488. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3112/pdf>>
26. Castro RFA, Vieira APGF. Influência da informação oral e escrita sobre antirretrovirais no conhecimento de usuários com HIV/AIDS. *RBPS*. 2010 [acesso em 2016 mar 03]23(3) 251-259. Disponível em: < <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2024/2319> >

27. Okuno MFP, et al. Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana. Rev Latino-am Enfermagem - Bra-. 2015 [acesso em 2016 mar 10]23(2) 192-199. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-3424-2542.pdf>
28. Koniak-Griffin D, et al. Couple-focused human immunodeficiency virus prevention for young Latino parents: randomized clinical trial of efficacy and sustainability. Arch Pediatr Adolesc Med.2011[acesso em 2016 mar 10]165(4) 306-312. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464378>>
29. Almeida EL. Adesão dos Portadores do HIV/AIDS ao tratamento: Fatores Intervenientes. Reme -Bra-. 2011 [acesso em 2016 mar 10]; 15(2):208-216. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/27>
30. Pereira FW, et al. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-. 2015 [acesso em 2016 mar 10]7(3) 2796-2804. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3799/pdf_1625>
31. Macêdo SM, et al. Consulta de Enfermagem ao Paciente com HIV: Perspectivas e Desafios Sob a Ótica de Enfermeiros. REBEn. 2013 [acesso em 2016 mar 12] 66(20) 196-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007>
32. Padoin SM, et al. Terapia antirretroviral del AIDS en adultos mayores de 50 años: prevalencia y clasificación de los no adherentes. Enfermería Global. 2013 [acesso em 2016 mar 12]; 12(31):68-85. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/151521/149881>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia