

Intervención en Adhesión Basada en el Abordaje Construccionista del Cuidado: Perspectiva de los Profesionales de Salud

Maria Altenfelder Santos¹

Maria Ines Battistella Nemes

Ana Cristina Arantes Nasser

Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Cáritas Relva Basso

Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

*Centro de Referência e Treinamento de DST e Aids da Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo, São Paulo, Brasil*

Vera Silvia Facciolla Paiva

*Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo,
São Paulo, Brasil*

Resumen

Basado en la noción de Cuidado, en la perspectiva construccionista y en el cuadro de la vulnerabilidad y de los derechos humanos, fue construida una intervención psicosocial individual direccionada para la mejoría de la adhesión al tratamiento antirretroviral. La intervención fue testada en una investigación realizada en servicio de referencia en ITS/SIDA en São Paulo, conducida por tres profesionales de salud, previamente capacitadas. Con el objetivo de comprender la factibilidad de la intervención, las tres profesionales fueron entrevistadas, individualmente y en grupo. Fueron descritos y discutidos los contenidos abordados por las profesionales, en relación a los siguientes temas: actividades de capacitación y supervisión; conducción de la intervención; repercusión para la práctica profesional y para el tratamiento de los usuarios; e implantación futura de la intervención. Las entrevistadas relataron que la intervención estimuló la reflexión acerca de sus prácticas de cuidado en VIH/Sida, las llevando a mayor valoración de la singularidad de los usuarios y la profundización del diálogo acerca de aspectos de la vida cotidiana relacionados al tratamiento. Consideraron que la relación dialógica y horizontal establecida en la inter-

¹ Endereço para correspondência: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César, 2º andar, sala 2174, São Paulo, SP, Brasil 01246-903. E-mail: marialtenfelder@gmail.com, mibnemes@usp.br, anarantes.nasser@yahoo.com.br, cr_basso@terra.com.br y veroca@usp.br

Agradecimentos: Al Centro de Referencia y Entrenamiento de ITS y SIDA de la Secretaria de Estado de Salud de São Paulo, institución en la cual la investigación fue realizada; y, en especial, a las profesionales de salud participantes de la investigación.

A la Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por el apoyo financiero a los proyectos de investigación: “*Avaliação de Tecnologias para Melhoría da Adhesión do Paciente ao Tratamiento Antirretroviral da Aids*”, Chamada PP-SUS 2006/2007, FAPESP Processo Nº 2006/61277-6; y “*Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com Aids à terapia antirretroviral*”, FAPESP Processo Nº 2008/08007-6.

Dados parciales extraídos de la disertación de maestría en Psicología Social: *Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com Aids à terapia antirretroviral* /Maria Altenfelder Santos; orientadora: Vera Silvia Facciolla Paiva; co-orientadora: Maria Ines Battistella Nemes. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

vención promovió mayor participación de los usuarios en la elección de caminos para su autocuidado. Describieron que las principales dificultades fueron relacionadas a la creación de vínculo con algunos usuarios y destacaron la importancia de las estrategias de intervención hacer sentido para la persona en tratamiento, de acuerdo con su momento y contexto de vida. Dijeron creer en la viabilidad de la implantación futura de la intervención en otros servicios y apuntaron para la necesidad de involucraren los gestores y las diferentes categorías profesionales en ese proceso.

Palabras clave: SIDA, intervención psicosocial, derechos humanos, tratamiento antirretroviral, adhesión a la medicación.

Adherence Intervention Based on Constructionist Care Approach: The Health Professionals' Perspective

Abstract

An individual psychosocial intervention geared to improve adherence to antiretroviral therapy. It was designed based on the concept of Care, on the constructionist perspective and on the vulnerability and human rights framework. This intervention was tested as part of a research project and was conducted by three previously trained health professionals in an STD/AIDS reference health facility in Sao Paulo. These three professionals were interviewed, both individually and as a group in order to assess the intervention's feasibility. We described and discussed the contents addressed by them regarding the following themes: training and supervision activities; intervention conducting; impact on professional practice and user care; and future intervention implementation. The interviewees reported that this intervention caused them to reflect on their previous practices regarding HIV healthcare. This promoted a better appreciation of the singularity of each user and also more substantial conversations about aspects of the users' daily life concerning their treatment. They considered that the dialogical and horizontal relationship established during the intervention increased users' participation regarding choices concerning paths to self-care. They reported that one of the main difficulties encountered was related to bonding with some users and highlighted the importance of the fact that the intervention strategies made sense to the people under treatment according to their life circumstances and context. They said they believed in the feasibility of future intervention implementation in other health facilities and also pointed the need to involve managers and different professionals during this process.

Keywords: AIDS, psychosocial intervention, human rights, antiretroviral therapy, medication adherence.

Intervenção em Adesão Baseada na Abordagem Construcionista do Cuidado: Perspectiva dos Profissionais de Saúde

Resumo

Com base na noção de Cuidado, na perspectiva construcionista e no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, foi construída uma intervenção psicosocial individual voltada para a melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral. A intervenção foi testada em uma pesquisa realizada em serviço de referência em DST/Aids de São Paulo, conduzida por três profissionais de saúde, previamente capacitadas. Com o objetivo de compreender a factibilidade da intervenção, as três profissionais foram entrevistadas, individualmente e em grupo. Foram descritos e discutidos os conteúdos abordados pelas profissionais, em relação aos seguintes temas: atividades de capacitação e supervisão; condução da intervenção; repercussões para a prática profissional e para o tratamento dos usuários; e implantação futura da intervenção. As entrevistadas relataram que a intervenção estimulou a reflexão sobre suas práticas

de cuidado em HIV/Aids, levando-as à maior valorização da singularidade dos usuários e ao aprofundamento da conversa em torno de aspectos da vida cotidiana relacionados ao tratamento. Consideraram que a relação dialógica e horizontal estabelecida na intervenção promoveu maior participação dos usuários na escolha de caminhos para seu autocuidado. Descreveram que as principais dificuldades foram relacionadas à criação de vínculo com alguns usuários e destacaram a importância de as estratégias de intervención fazerem sentido para a pessoa em tratamento, de acordo com seu momento e contexto de vida. Disseram acreditar na viabilidadade da implantação futura da intervención em outros serviços e apontaram para a necessidade de envolver os gestores e as diferentes categorías profesionales nesse processo.

Palavras-chave: Aids, intervención psicossocial, derechos humanos, tratamiento antirretroviral, adesão à medicação.

La adhesión de la persona viviendo con VIH a la terapia antirretroviral (TARV) es un aspecto fundamental de su tratamiento. La efectividad de la TARV depende de la manutención de altas tasas de adhesión de las personas en tratamiento a los esquemas terapéuticos prescritos – lo que es esencial no apenas en el ámbito del tratamiento individual, pero también tiene importante impacto en la diseminación de la enfermedad en el plano colectivo (Teixeira, Paiva, & Shimma, 2000).

Las investigaciones acerca de esa cuestión, reconocidamente compleja y multifacética, desde la década de 1960 buscan medir las tasas de adhesión en contextos diversos, utilizando estrategias metodológicas variadas, bien como explicar los porqués de la no adhesión (Caraciolo, 2010; Teixeira et al., 2000). La no adhesión a la TARV tiene sido relacionada a dos dimensiones: características de la persona en tratamiento (tales como perfil socioeconómico, uso de drogadicciones, comorbilidades); y características de la enfermedad y del tratamiento en si (tales como tiempo de tratamiento, régimen terapéutico, efectos colaterales). Los estudios brasileños también relacionan la adhesión a características de la organización de la atención en los servicios de salud (tales como disponibilidad de recursos, acceso al atendimento, tiempo de duración de las consultas, oferta de actividades direccionadas para la mejoría de la adhesión; Teixeira et al., 2000). Se destacan los estudios en la última década que apuntan para las relaciones entre la cualidad de la asistencia y las tasas de adhesión al tratamiento de la Sida entre personas en acompañamiento en los servicios de salud (Nemes, 2009; Nemes, Castanheira, et al., 2009).

No hay consenso en la literatura, entretanto, acerca de las explicaciones sobre la efectividad de las intervenciones direccionadas para la mejoría de la adhesión al tratamiento antirretroviral, así como no hay una correspondencia sencilla entre las estrategias utilizadas en las intervenciones y las bases teóricas que las fundamentan (Amico, Harman, & Johnson, 2006; Basso, 2010; Caraciolo, 2010; Dulmen et al., 2007; Munro, Lewin, Swart, & Volmink, 2007; Rueda et al., 2006; Simoni, Frick, Pantalone, & Turner, 2003; Simoni, Pearson, Pantalone, Marks, & Crepaz, 2006).

Gran parte de las intervenciones para la mejoría de la adhesión a la TARV está fundamentada en “modelos de cambio comportamental” (Băban & Crăciun, 2007) implicadas en teorías sobre comportamientos de salud (*health behaviors*; Glanz, Lewis, & Rimer, 2002). Se destacan el Modelo de Creencias en Salud; la Teoría da Acción Racional y del Comportamiento Planeado; la Teoría Social Cognitiva; la Perspectiva Auto-reguladora; el Modelo Transteórico; el Modelo de Estrese y *Coping*; la Perspectiva do Apoyo Social; el Modelo da Comunicación Paciente-Profesional; y la Teoría de la Información, Motivación y Habilidades Comportamentales (Băban & Crăciun, 2007; Dulmen et al., 2007; Glanz et al., 2002; Munro et al., 2007).

Sin la pretensión de profundizar la discusión de tales modelos teóricos, resaltamos su enfoque en la dimensión individual de los procesos de enfermedad, con rara consideración a los contextos sociales, intersubjetivos y programáticos involucrados en el tratamiento que los estudios epidemiológicos brasileños tienen resaltado. Sus propuestas de intervención en adhesión se desti-

na predominantemente a: corregir percepciones o creencias del paciente sobre adhesión; modificar actitudes y comportamientos en relación al tratamiento; y a entrenar nuevas habilidades del paciente que faciliten la adhesión (M. A. Santos, 2010).

Este artículo discutirá una propuesta de intervención, nombrada de “Abordaje Construcionista del Cuidado en Adhesión” (ACCA), fundamentada en otro campo teórico: en la noción de “**Cuidado**”² (Ayres, 2001, 2004) y en un abordaje psicosocial de inspiración construcionista (Paiva, 2012b), ambos desarrollados en el cuadro de los derechos humanos en salud que tiene distinguido la llamada “respuesta brasileña al Sida” (Berkman, Garcia, Munoz-Laboy, Paiva, & Parker, 2005; Gruskin & Tarantola, 2008; Kalichman & Diniz, 2009).

El Cuadro de la Vulnerabilidad y de los Derechos Humanos (V&DH): Referencias para Práctica en Salud

En el campo de la Sida, las referencias que integran el llamado “cuadro de la vulnerabilidad y de los derechos humanos” tiene consolidado en los últimos años el análisis de la dinámica de la epidemia, que fundamenta la centralidad de la garantía de la no discriminación y, por lo tanto, del acceso de las personas viviendo con VIH a la atención a la salud de buena calidad. Ese cuadro conceptual emergió al principio de los años 1990, marcando una oposición a las nociones de grupos y comportamientos de riesgo, predominantes en las primeras reacciones al surgimiento de la epidemia, generando la estigmatización de grupos y prácticas (Mann & Tarantola, 1996)³.

² Cuidado grafado en mayúscula, de acuerdo con la propuesta del autor.

³ Propuesto inicialmente por un grupo de investigadores y activistas, organizados en la Universidad de Harvard y con fuerte presencia en el naciente programa de Sida de las Naciones Unidas (*Joint United Nations Program on HIV/AIDS* [UNSIDA]), el cuadro de la vulnerabilidad logró desarrollarse más fuertemente en Brasil porque la respuesta a la epidemia fue paralela a la formulación y construcción del SUS, también fuertemente inspirada por el abordaje de la salud implicada en la perspectiva de los derechos humanos (en las no-

Ese paradigma para pensar el proceso salud-enfermedad buscaba

. . . responder a percepción de que la oportunidad de exposición de las personas al VIH y al padecimiento por Sida no es la resultante de un conjunto de aspectos apenas individuales, pero también colectivos, contextuales, que resultan en mayor susceptibilidad a la infección y enfermedades, y, de modo inseparable, de mayor o menor disponibilidad de recursos de todos los ordenes para se proteger. (Ayres, Calazans, Saletti, & França, 2006, p. 396).

Ese cuadro está particularmente conectado a la comprensión de la salud como un derecho, así como la perspectiva del Cuidado y el abordaje de la psicología social en la salud que lo integra en Brasil, herederos de la reforma sanitaria y psiquiátrica que, desde los años 1980, fundamentaron los principios ético-políticos del Sistema Único de Salud (SUS) y sustituyeron el antiguo modelo asilar (Paiva, 2012b).

La **vertiente de la psicología social construcionista** brasileña amplió el modo de concebir la dimensión individual de la vulnerabilidad propuesta por Mann y Tarantola, (1996), la definiendo como el plan de la intersubjetividad (Ayres, Paiva, & França, 2011, 2012). Esto es, sustituyendo la concepción de individuo biológico-comportamental a ser tratado en intervenciones comportamentales por la de personas como sujetos en acto, en diálogo, en contexto, en relación, reconstruidos constantemente en la interacción con los otros. Se resalta la pluralidad del sujeto, interpelado en su vida cotidiana por la presencia simultánea de discursos, frecuentemente contradictorios, construidos social y históricamente e interiorizados al largo de la vida, proceso mediado por otros significativos (personas o instituciones), encargados de su socialización. El proceso de socialización (Berger & Luckmann, 1987) construye sentidos para la dinámica de la vida cotidiana, actualizados por el sujeto a cada contexto intersubjetivo, a cada “**escena**” vivida de su cotidiano (Paiva, 2006, 2007, 2008, 2009, 2012a).

ciones de igualdad, universalidad, integralidad y participación).

La noción de escena, foco central del análisis y de la comprensión en esta vertiente constructivista, privilegia la dimensión dramática, performática e interactiva de la intersubjetividad (inspirada en autores como Goffman, 1975, 1980). Desarrollada en los estudios sobre promoción de la salud sexual y reproductiva, esa noción comprende que cada “escenario” intersubjetivo moviliza diferentes “scripts” – sistemas simbólicos que son traducidos en códigos de conducta, componiendo repertorios que se traducen en las performances en las diferentes situaciones e interacciones (Gagnon & Parker, 1995; Paiva, 2007, 2008, 2012a; Parker & Aggleton, 1999; Simon & Gagnon, 1984). En esa vertiente, la experiencia concreta y singular de la persona como “sujeto en escena” es la unidad de análisis y el foco de las acciones en salud.

Aún en el plan individual de la vulnerabilidad, inextricablemente implicado en el plan programático y social (Ayres et al., 2011, 2012; Paiva, Ayres, & Gruskin, 2010), se destaca la concepción del paciente como usuario de las acciones de salud, en cuanto sujeto de derechos o sujeto-ciudadano – con derecho a la información, derecho a equidad en el acceso a los servicios, derecho a la atención integral a la salud (Paiva, 2006, 2009, 2012a). Perspectiva adoptada en la actuación en el ámbito del SUS y, especialmente, en el campo del VIH/Sida, expresa la centralidad de valores como, por ejemplo: el respeto al derecho a la medicación y al tratamiento, al sigilo acerca del diagnóstico de infección por VIH y a la autonomía de la persona viviendo con VIH para tomar decisiones acerca de su tratamiento. Implicada en la dimensión social y programática de la vulnerabilidad, y por lo tanto en acciones derivadas de esa análisis del proceso salud-enfermedad, esa vertiente constructivista valoriza autores que analizaron procesos de estigmatización y discriminación en las interacciones sociales y en la dinámica de la epidemia del VIH en particular (Parker & Aggleton, 2001). Se entiende que las diferencias de género, color/raza, orientación sexual, clase e edad son transformadas en desigualdad por prácticas discursivas discriminatorias. Así, desigualdades estructurales e institucionales que interfieren en la experiencia cotidiana de vivir con VIH, en el

acceso a los recursos disponibles y en la adopción de prácticas de autocuidado, deben ser abordadas también en el plan individual. En el eje programático, de especial interés para este artículo, se analiza la disponibilidad y la cualidad de los recursos que pueden ser accionados por la población y por la persona, tales como programas y servicios organizados por las distintas esferas del gobierno. En ese plan no se analiza o se interviene apenas en investimentos materiales, pero también en el compromiso político con la protección de derechos que garantizarán la reducción de la vulnerabilidad, en las acciones de planeamiento, evaluación y articulación intersectorial, así como en el fortalecimiento de la participación y de los mecanismos de control social en las diversas etapas (Ayres et al., 2011, 2012; Paiva, 2009, 2012a).

Interdependientes, los tres planes de la vulnerabilidad deben ser abordados conjuntamente a cada situación enfocada. El análisis sintético de las tres dimensiones es posible, según esa propuesta, al abordar la “intersubjetividad en escena” (Ayres et al., 2011, 2012; Paiva, 2009, 2012a), “la persona en el contexto y el contexto en la persona” (Paiva, 2012a; Sato, 2005), expresiones-síntesis de la esfera psicosocial. En esa vertiente constructivista, por lo tanto, la concepción de atención psicosocial, que rara vez se define en la literatura, adquiere contornos específicos, integrada a la noción de Cuidado desarrollada por Ayres (2001, 2004).

La proposición del Cuidado busca la superación de un modelo de atención excesivamente calcado en la racionalidad científico-tecnológica. Enfatiza que las prácticas en salud involucra también otro tipo de racionalidad – caracterizada como sabiduría práctica y conectada a la realización de la vida, o en otras palabras, al que se almeja en cuanto proyecto de salud y de felicidad, que se traduce en el “ejercicio de opción compartida de un modo de vida” (Ayres, 2004, p. 586). Propone que el “éxito técnico”, consolidado en “objetos” o “productos” del trabajo en salud (por ejemplo, el buen desenlace clínico del tratamiento), no sea adoptado como único criterio de suceso (Ayres, 2001). El horizonte normativo para la evaluación de las prácticas de salud deberá incluir también la noción

de “suceso práctico”, que expresa procesos de “anticipación, opción y negociación de una vida buena” (Ayres, 2004, p. 586) desarrollados en los encuentros entre el profesional de salud y el usuario. En ese encuentro entre sujetos, se destacan la dimensión comunicacional, relacional y dialógica así como el carácter formativo de esa interacción, en el sentido de la reconstrucción de proyectos de vida. Esa dimensión no puede ser reducida “a una aprehensión cognitiva del tipo causa-efecto” que considere “los procesos y resultados de cualquier componente técnico aislado del sentido que le imprime su pertenecimiento al arreglo tecnológico más amplio en donde está inserido” (Ayres, 2004, p. 589). Como propuesta ético-filosófica, el Cuidado reafirma la idea de que no se puede sustraer de las personas la palabra última acerca de sus necesidades.

En el encuentro profesional-usuario, que es el foco del Cuidado y de la dimensión psicosocial siempre reconocida en el Cuidar, el usuario es definido como un especialista – especializado en su propia vida y en el manejo de su cotidiano (Paiva, 2002, 2006, 2012a).

En esta vertiente psicosocial y constructivista, se debe comenzar por la co-comprensión del sentido que las personas dan a su experiencia (Paiva, 2012a), en un ejercicio de codificación y decodificación, tal como definió el educador Paulo Freire. Ese proceso de “codificación”, como propuesto por Freire para la alfabetización, empieza con la descripción densa y la interpretación conjunta del sentido de la experiencia socialmente contextualizada de la persona (Paiva, 2006, 2009, 2012a). La exploración de escenas estimula esa descripción objetivando la ampliación de la consciencia de la persona, tomada como sujeto de los discursos a que tiene acceso (o de la prevención, o religioso, o de derechos), sosteniendo su repertorio de prácticas implicadas en escenarios intersubjetivos, socio-culturales y programáticos – o sea, iluminando procesos de estigmatización, de desigualdad y de ejercicio de derechos en la experiencia cotidiana, en este caso, de vivir con Sida.⁴ Se adoptando la pers-

pectiva de la persona como ciudadana, como sujeto de derechos, la atención a la salud deja de ser concebida como un producto acabado y un proceso replicable y en cualquier contexto de vida social, personal o programático. Se apuesta en la creatividad de los profesionales para la constante reconstrucción de estrategias de Cuidado pautadas sobre la interacción entre profesional y usuarios (Ayres et al., 2011, 2012; Paiva, 2002, 2009, 2012a).

La Dimensión Psicosocial del Cuidado en el Campo de la Adhesión

Ese campo teórico – el cuadro de la vulnerabilidad, y sus referencias ético-metodológicas para prácticas de salud desarrolladas en Brasil – es congruente con los análisis sobre adhesión desarrolladas en la respuesta brasileña al Sida y contrasta con la perspectiva de la psicología de la salud que aborda el comportamiento de salud para adecuar / adaptar / corregir / entrenar el individuo-paciente, o apenas “tratarlo”.

Se define la adhesión como un fenómeno complejo y dinámico (Melchior, Nemes, Alencar, & Buchalla, 2007; Nemes, 2009), que puede ser así explicitado: las personas no *son* adherentes o no adherentes. Ellas *están*, en un determinado momento, siguiendo su tratamiento con mayor o menor facilidad. En el plan individual, interesa la manera particular como cada persona significa su tratamiento, o sea, la manera como convive cotidianamente con la enfermedad y con la necesidad de se someter al uso continuo de medicamentos, considerando no apenas los aspectos biológicos, pero también la dimensión psicosocial del padecimiento – ganando especial relevancia, en el caso del Sida, el sufrimiento decurrente de los procesos de estigmatización (Nemes, 2009). Como en el abordaje psicosocial del Cuidado, las prácticas de salud son analizadas bajo una lógica comprensiva, significadas siempre a la luz de una totalidad interpretativa.

⁴ Esa proposición fue denominada en algunos textos como Abordaje de la Emancipación Psicosocial (Paiva, 2002, 2009) en oposición a los abordajes

que conciben las personas como individuos consumidores de productos y servicios (recetas, prescripciones), buscando adecuar sus conductas a los modelos de comportamientos pre-definidos, a ser enseñados, bien como a la idea de que les falta algo, que debería ser tratado o entrenado.

La situación viva de interés es la tomada de la medicación, que adquiere significados distintos para cada sujeto y a cada contexto intersubjetivo. En otras palabras, es distinto tomar los fármacos en casa o en el trabajo. Escenarios distintos constan con la participación de distintos “actores” (que pueden estar presentes físicamente o apenas en el imaginario de la persona): la madre que llega en casa, el colega que entra en el baño, o la pareja que puede encontrar los remedios en la mochila. A cada “escena de la tomada” de la medicación, los discursos acerca de la enfermedad o del tratamiento son actualizados – tales como el discurso místico que establece que la mejora y la cura deben provenir de una instancia divina; o el discurso del médico que insiste en la necesidad de tomar los medicamentos – y la conducta del sujeto expresará el destaque de uno o de otro discurso en la espontaneidad movilizadora a cada escena.

Se atenta, así, a las formas del sujeto convivir con el tratamiento, se observando la dinámica de las tomadas de medicación en medio a las interacciones cotidianas que ocurren en los diversos contextos intersubjetivos que la persona

frecuenta – entre ellos, el propio servicio de salud. La cuestión no es, entonces, saber si la persona “está tomando sus medicamentos correctamente”, para usar una expresión rutinariamente empleada por muchos profesionales de salud al abordaren la temática de la adhesión (Teixeira et al., 2000); pero sí de que forma ella está tomando y cuales los significados que cada tomada de medicación adquiere en su vivencia.

El usuario del servicio de salud no está preocupado en seguir o no la prescripción médica, pero en hacer el tratamiento de forma más conveniente posible frente a su contexto de vida, como la noción de suceso práctico permite pensar; en esa perspectiva se puede admitir, sinceramente, la posibilidad de fracaso instrumental de la intervención, de permanecer cuidando de alguien que, a pesar de se interesar por el cuidado, no está adherente – y eventualmente nunca venga a estar. No se trata de abandonar la finalidad técnica del trabajo, pero de asumir que esta no tendrá sentido mientras no se configure como legítimo suceso práctico (Nemes, 2009).

La propuesta de ACCA es sintetizada en el Figura 1, abajo.

Lógica	Comprensiva: se procuran los significados que se hacen presentes, de manera contradictoria y sincrónica, a cada <i>escena</i> o contexto del cotidiano del sujeto
Concepción de paciente	Como usuario, persona abordada con base en la noción de integralidad, como sujeto plural, sujeto de diversos discursos a que tiene acceso en la socialización, especialmente como sujeto de derechos
Comprensión de la dimensión psicosocial de la adhesión	La persona debe dar cuenta de discursos en disputa, negociados y actualizados por el sujeto a cada <i>escena</i> de la tomada de los medicamentos, escenas travesadas por escenarios socio-culturales y programáticos, por la estigmatización, desigualdad de género y demás contextos de violación de derechos
Foco de la Intervención	Comprender la persona en escena, las escenas de tomada y los encuentros programáticos para el Cuidado, estimulando la participación y el control social como usuario
Principales objetivos de las intervenciones propuestas	Decodificar con la persona los significados y contextos de sus prácticas, en <i>escenas</i> y vivencias; co-inventar nuevas posibilidades de interacción en diferentes situaciones; definir “conveniencias” y co-construir proyectos de salud y de felicidad; sugerir la acción en la dimensión programática y social de la vulnerabilidad a la enfermedad
Principales resultados almeados	Ampliación de la conciencia de profesionales y usuarios a respeto de sus propios repertorios y de los diferentes contextos de tomada de los medicamentos; mejora de la convivencia con el tratamiento; cambios en el ámbito de los programas de salud que apoyen la disminución de la vulnerabilidad social a la enfermedad
Dimensión normativa (que orienta la práctica)	Además de los éxitos técnico, el suceso práctico (dimensión comunicacional, relacional, dialógica); éxito técnico que se configure como legítimo suceso práctico

Figura 1. Síntesis del “Abordaje Construccionalista del Cuidado en Adhesión” (ACCA).

Este artículo se insiere en un proyecto de investigación que avaluó una intervención dibujada en el campo teórico descrito arriba, conducida en el Centro de Referencia e Entrenamiento de ITS y Sida de la Secretaria de Estado da Salud de São Paulo (CRT-DST/AIDS-SP). El proyecto de investigación como un todo enfocó la avaluación de la efectividad de la intervención, bien como su factibilidad y aceptabilidad, bajo el punto de vista de las profesionales que la condujeron y de los usuarios del servicio que participaron del estudio.⁵ El objetivo del presente artículo es discutir, a partir de la perspectiva de profesionales de salud, se la ACCA es un abordaje viable en el contexto de los servicios públicos de salud que atienden personas viviendo con VIH en Brasil y posible de ser conducida por profesionales de diferentes disciplinas.

Métodos

Fueron realizadas entrevistas en profundidad con las profesionales que condujeron la intervención, en tres etapas. Las entrevistas fueron realizadas por dos de las autoras del presente estudio que no pertenecían al cuerpo de funcionarios del servicio sede de la investigación, no participaron de la conducción empírica de la investigación-intervención y que tan poco conocían las profesionales o los usuarios que participaron de la intervención. Todas las entrevistas fueron gravadas en medio magnético y transcritas.

En la primera etapa, las entrevistas individuales utilizaron rutero de 17 preguntas abiertas que abordaba: las dificultades y facilidades que identificaran durante las actividades de capacitación e a intervención; repercusiones de esa experiencia sobre su práctica en el campo del Sida

y, particularmente, en el atendimento direccionado para la mejoría de la adhesión; potencias y límites de la propuesta para auxiliar las personas viviendo con VIH a encontraren formas de convivieren mejor con su tratamiento; los retos para una futura incorporación de la intervención en otros servicios. La segunda etapa, una entrevista en grupo, con el mismo rutero, posibilitó mayor profundización al levantar diferencias y semejanzas en la forma como cada una vivenció el proceso. En la tercera etapa, nueva rodada de entrevistas individuales detalló la descripción de los encuentros con algunas participantes y ejemplos de situaciones vivenciadas en esos casos. El rutero propugna que escogiesen entre los casos de personas atendidas en el proceso de intervención de la investigación, uno que considerasen “bien-sucedido” y otro “mal sucedido”. En seguida, se solicitó que relatasen brevemente su experiencia en la conducción de los encuentros con los participantes seleccionados y expusiesen los criterios que adoptarían para atribuir la caracterización de “suceso” o “fracaso” a esos casos. Dos de las profesionales optaron por crecentar un tercero caso, descrito por ellas como “intermediario” en relación al suceso, totalizando así ocho casos elegidos.

En el análisis, el contenido del material en audio y transcrito de las entrevistas fue analizado con base en los temas previamente establecidos: actividades de capacitación, sesiones de supervisión, conducción de los encuentros, repercusiones del abordaje para la práctica profesional, beneficios percibidos para los participantes, e implantación futura de la intervención en los servicios.

En ese análisis de contenido, se buscó semejanzas y diferencias en las hablas de las profesionales, y entre las etapas. Las hablas citadas en el texto fueron identificadas con nombres ficticios – *Marina* (asistente social), *Joana* (psicóloga que actúa en la área de asistencia) y *Renata* (psicóloga que actúa en la áreas de prevención y gestión) - seguidos de siglas indicando si los fragmentos fueran retirados de las entrevistas individuales (E. I.) o de la entrevista colectiva (E. C.). Los fragmentos fueron seleccionados apenas para ilustrar el análisis, de modo que no

⁵ Otros análisis están actualmente en andamiento, también conducidas por investigadores que no participaron del proceso de planeamiento y realización de la intervención, enfocando la perspectiva de los usuarios que participaron de la intervención y el análisis de la interacción ocurrida en los encuentros, grabados en medio magnético (esta discutida en Bellenzani & Nemes, en este volumen).

hay igual número de citaciones para las hablas de cada una de las tres profesionales.

Producimos, entonces, un debate alrededor de los relatos presentados, rescatando experiencias anteriores pautadas en el mismo referencial teórico que fundamentó la intervención. No abordamos en esa discusión la dimensión de la efectividad de la intervención, esto es, los resultados del ensayo clínico que la avaló (ver abajo).

El presente estudio, así como el proyecto de investigación original, se encuentra en conformidad con las directrices y normas de investigación involucrando seres humanos (Resolución 196/1996 do Consejo Nacional de Salud) y fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación do CRT-DST/AIDS-SP. Las profesionales y los usuarios participantes fueron previamente informados de los objetivos de la investigación, concordaron en participar, leyeron y firmaron Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y sus identidades fueron preservadas.

Síntesis del Proceso de Intervención Realizada

Las experiencias de acciones de promoción da salud en ese abordaje tiene sido acumuladas principalmente en el campo da salud sexual y reproductiva. La propuesta de la ACCA adaptó los mismos referenciales para una intervención individual para mejoría de la adhesión.

La investigación fue motivada por la necesidad, percibida por el Programa Estadual de ITS y Sida de São Paulo y apuntada en estudios anteriores conducidos por el Equipo *Qualiaids*⁶ de se ampliar el conocimiento acerca de las actividades de adhesión que hacen parte de la rutina de los servicios de Sida del estado de São Paulo. Fue realizada por la asociación entre los dos grupos. La primera fase caracterizó las actividades direccionadas para mejoría de la adhesión en los servicios del SUS (Caraciolo, 2010; Caraciolo et al., 2009). La segunda fase, que discutiremos,

construyó y testó el modelo de intervención potencialmente efectivo para mejorar la manera de las personas viviendo con VIH convivieren con su tratamiento (Nemes, Equipe Qualiaids, & CRT-DST/AIDS-SP, 2009).

La construcción del modelo ACCA fue basada en la experiencia académica y práctica de los integrantes del equipo de investigación y en la revisión de la literatura nacional e internacional sobre intervenciones en adhesión; y en una oficina de trabajo con profesionales con experiencia en conducción de actividades de adhesión en los servicios del Estado de São Paulo y con profesionales y académicos con reconocida experiencia en el campo del Sida que adoptan el cuadro de la vulnerabilidad y de los derechos humanos.

El dibujo de un protocolo de intervención individual fue, entonces, testado en ensayo clínico pragmático (Basso, 2010; Basso, Santa-Heleena, Caraciolo, Paiva, & Nemes, 2012) conducido en 2008 en el CRT-DST/AIDS-SP. Participaron del estudio usuarios con mas de 18 años, en tratamiento antirretroviral con el mismo esquema hace por lo menos seis meses y con carga viral detectable (>50cópias/ml) en los 120 días previos al inicio del reclutamiento, distribuidos aleatoriamente en dos grupos, de intervención y control. Ambos recibieron el cuidado usual del servicio. Los participantes del grupo-intervención fueron convidados a participar de cuatro encuentros individuales con un profesional de salud (sintetizados en la Tabla 1). Se compararan las medidas de adhesión (obtenidas por medio de sistema de monitoreo electrónico de las tomadas) y de carga viral de los dos grupos, durante seis meses de seguimiento.

Al final de los cuatro encuentros, se pretendía que profesional y usuario planeasen la sustentación del autocuidado de allí en delante, reconociendo los limites y las posibilidades en juego e identificando formas de apoyo al usuario disponibles en el servicio.

Tres profesionales del servicio fueron seleccionadas para conducir la intervención, entre diez candidatos que participaron de las actividades de capacitación. La selección fue hecha con base en los siguientes criterios: aprehen-

⁶ Sobre el Equipo *Qualiaids* acessar: www.qualiaids.blogspot.com

sión, aceptación y desempeño del abordaje propuesta; habilidad para establecer una comunicación fundada en el diálogo, en la escucha activa y en el estímulo a la participación del usuario; capacidad de actuar como multiplicador del modelo de intervención testado, caso se mostrase efectivo; disponibilidad para participar de las reuniones del proyecto; y compromiso con asiduidad y puntualidad en la realización de las actividades.

El proceso de capacitación se fundamentó en la metodología problematizadora desarrollada por Paulo Freire (1987), y se utilizó de vivencias y discusiones en las cuales las profesionales fueron convocadas a dialogar con sus propios conceptos, valores y prácticas, los revisitando a la luz del referencial de ACCA. Por ejemplo, la experiencia en que las profesionales simulaban la tomada de medicación por 48 horas, como hacen los usuarios, utilizando placebos; y *role-playings* en que simulaban la conducción de la intervención junto a actores profesionales o colegas que actuaban en el papel de un usuario. Al final de la capacitación, las profesionales realizaron un piloto de la intervención junto a voluntarios que no participaron de la fase de intervención de la investigación.

La intervención antojó profundizar el diálogo alrededor de las dificultades de la persona para tomar la medicación, partiendo de los significados que el tratamiento adquiere en medio a su contexto general de vida y de la identificación de **escenas en su narrativa** que los expresasen concretamente, o de la estimulación a su producción por el usuario, explorando escenas vividas o imaginadas por él, o sea, ejercitando la imaginación activa⁷ y, eventualmente, su dramatización. La actividad, abordada en la capacitación, puede ser desarrollada con las personas sentadas normalmente en caderas del ambulatorio, adensan-

do la plática en la forma del relato de casos, con hablas vivas y la imaginación activada. Como propuso Paiva (2005, 2012a), la tarea del profesional es llevar el usuario a describir densamente las situaciones de su día a día, identificar los contextos en que ocurren y los personajes que se hacen presentes en la situación (familiares, amigos, parejas, profesionales de salud, colegas de trabajo, patrón, otras personas con VIH etc.), trayendo a primer plan sus diferentes hablas y los sentidos de cada habla o acción. La exploración da escena bajo diversas perspectivas estimula la persona a reinventar los modos de conducirla. El profesional actúa como se fuera un director, esto es: pide esclarecimientos acerca de los escenarios – el palco (lugar) donde se desarrolla la acción y su contexto social – y los papeles representados; y solicita frecuentemente la repetición de partes de la escena, y cambia de papeles, la ampliación del palco donde la escena se realiza para un escenario social, cultural, económico e institucional más amplio etc. Agotadas las posibilidades de exploración de la escena, profesional y usuario pasan a platicar sobre los aspectos que emergieran del ejercicio, tales como: la recuperación y comprensión de como las situaciones relatadas acontecieran; cual su contexto más amplio; que nuevos sentidos pueden ser atribuidos a esas situaciones; y que nuevos caminos y soluciones pueden ser pensados para tratar las dificultades percibidas.

Los encuentros fueron registrados en instrumentos de dos tipos: un registro hecho al final de cada encuentro, cuyo contenido era acordado entre profesional y usuario, contribuyendo para el proceso de pacto en torno de las temáticas trabajadas y se caracterizando, así, como un componente de la intervención; y un instrumento individual en que as profesionales relataban brevemente el encuentro ocurrido, registrando sus impresiones y las dificultades encontradas para conducir la sesión.

⁷ El término “imaginación activa” fue coñado por C. G. Jung para nombrar el método en que propugna al sujeto concentrar-se en una situación, imagen o evento específico, desencadenando a partir de ese punto inicial una sucesión de imágenes, que gradualmente irían adquiriendo detalles y movimiento y ganando vida propia (Jung, 1985).

Tabla 1
Objetivos y Estructura de la Intervención de ACCA*

	Sesión 1	Sesiones 2 y 3	Sesión 4
Objetivos	<p>Contrato;</p> <p>Identificar situaciones y contextos de la vida cotidiana que constituyen obstáculos para el tratamiento;</p> <p>Definir temas e cuestiones prioritarias a ser trabajadas en los encuentros siguientes;</p> <p>Resolver dudas técnicas sobre el tratamiento.</p>	<p>Aumentar el conocimiento sobre el tratamiento;</p> <p>Comprender y decodificar escenas de la vida real;</p> <p>Ampliar las escenas para un contexto social y programático mayor;</p> <p>Estimular la imaginación activa y creativa sobre la vida cotidiana;</p> <p>Estimular nuevos repertorios para el enfrentamiento de los obstáculos identificados para el tratamiento.</p>	<p>Profundizar la comprensión de cambios posibles y deseadas en contexto y en la propia conducta visando el autocuidado y la mejoría da cualidad del cuidado y de la comunicación usuario-profesional;</p> <p>Identificar recursos para busca y sustentación de los caminos escogidos para el enfrentamiento de las dificultades con el tratamiento antirretroviral;</p> <p>Finalizar el proceso.</p>
Temas	<p>Reconocimiento mutuo del usuario como <i>expert</i> de la vida cotidiana y del profesional/investigador como <i>expert</i> técnico;</p> <p>Revisión del contexto social e intersubjetivo del usuario;</p> <p>Cuestiones sobre el tratamiento.</p>	<p>Cuestiones sobre el tratamiento;</p> <p>Episodios reales en que el tratamiento no es seguido;</p> <p>Camino para el enfrentamiento de obstáculos y soluciones “en escena”.</p>	<p>Cuestiones sobre el tratamiento;</p> <p>Revisión de caminos, soluciones y repertorios;</p> <p>Pláticas sobre como enfrentar futuros obstáculos y dificultades y mantener los cambios;</p> <p>Esclarecimientos y orientaciones finales de la investigación.</p>
Metodología	<p>Discussão dos procedimientos, objetivos e contrato;</p> <p>Libre conversación y escucha atenta acerca de la vida de la persona;</p> <p>Foco en cuestiones del tratamiento y en situaciones y episodios en que hay dificultad para seguir el tratamiento;</p> <p>Uso de recursos informativos (<i>folders</i>, guías, kits de adhesión);</p> <p>Registro de las situaciones y episodios que parecen importantes para el enfrentamiento en hojas de registro.</p>	<p>Revisión del contrato y de las cuestiones levantadas;</p> <p>Identificación de episodios típicos de no adhesión;</p> <p>El participante escoge sus prioridades de una lista de problemas;</p> <p>Identificación y exploración de escenas de episodios reales;</p> <p>Decodificación y reinención de escenas por medio de la imaginación activa e de <i>role-playing</i>;</p> <p>Conversa sobre obstáculos que están más allá de la acción individual y son compartidos por otras personas viviendo con VIH;</p> <p>Discusión de recursos individuales y programáticos;</p> <p>Profesional y usuario registran y organizan jerárquicamente escenas y situaciones en hojas de registro.</p>	<p>Revisión del contrato y de las cuestiones levantadas;</p> <p>Identificación y exploración de escenas de episodios reales;</p> <p>Decodificación y reinención de escenas por medio de la imaginación activa e de <i>role-playing</i>;</p> <p>Información sobre recursos sociales y programáticos, bien como sobre derechos constitucionales;</p> <p>Registro de decisiones y planes para el futuro en hojas de registro.</p>

Nota. * Tabla extraída y traducida de Basso et al., 2012.

Delante de la originalidad de la propuesta, bien como de la necesidad de se obtener un grado de homogeneidad en la ejecución da intervención que pudiese sostener un ensayo clínico pragmático y la reflexión crítica sobre el proceso, el protocolo incluye sesiones colectivas de supervisión para las profesionales. Las supervisiones fueron conducidas por profesionales de la área médica que componían el equipo de investigación y por una psicóloga con experiencia en la metodología de las escenas en el campo del Sida.

Resultados y Discusión

De modo general, las profesionales valorizaron la oportunidad de participaren de la investigación e indicaron que la experiencia les ha traído fuertes repercusiones para su actuación profesional más allá de la temática de la adhesión al tratamiento antirretroviral. Según los testimonios de las tres entrevistadas, la propuesta de la ACCA posé un carácter innovador y tiene el potencial de llevar los profesionales que actúan en el área de la asistencia a revisar y transformar sus prácticas de atendimento, en sentido de priorización de la perspectiva del usuario y de profundización de la plática, abordando su contexto de vida. Vale resaltar que las tres profesionales tenían gran experiencia en el área, todas con más de 15 años de trabajo en aquél servicio.

Capacitación y Supervisión

Desde la capacitación, la transformación de la práctica fue destacada:

Yo me quede medio insegura, hasta pensé que no iba dar cuenta. . . . Porque . . . hace 15 años uno atiende de una manera, entonces fue como se yo tuviera que deconstruir todo que yo he aprendido y tuviera que construir todo de nuevo. (Marina, E. I.)

Las entrevistadas apuntaron que este proceso de deconstrucción de la práctica – especialmente la revisión de un modelo de actuación pre-determinado, independientemente de la singularidad del usuario, que no valoriza el diálogo – constituye un reto especial a ser enfrentado en la implantación del modelo en otros servicios. En el caso específico de la institución en que la

investigación fue realizada, consideraron que la apropiación de las nociones propuestas por la ACCA fue facilitada porque eran principios de trabajo ya diseminados en el CRT-DST/AIDS-SP, realidad no encontrada en la mayoría de los servicios.

En ese sentido, las entrevistadas resaltaron que la promoción de una reflexión crítica de los profesionales acerca de las prácticas habituales consistiría etapa fundamental de las actividades de capacitación y que un mayor investimento en esa etapa inicial seria necesario para movilizar los profesionales a entraren en contacto con novas formas posibles de actuación: “*yo pienso que la gente no va cambiar los profesionales, pero que ellos perciban los límites de aquél atendimento*” (Renata, E. C.).

Destacaron, también, la importancia de la supervisión para complementar el aprendizaje de la capacitación. Consideraron importante el hecho de que médicas hayan sido supervisoras. La interlocución entre diferentes saberes (medicina, psicología y servicio social) se mostró fundamental para que pudiesen mejorar el diálogo con los usuarios alrededor de las cuestiones relacionadas al uso de los medicamentos – incluyendo aspectos del tratamiento que generalmente son de dominio exclusivo del área médica.

Al mismo tiempo, siendo la intervención pautada en la idea de priorización de la perspectiva del usuario, pudieran valorizar igualmente el abordaje de cuestiones que no estaban directamente relacionadas a la tomada de los medicamentos. Uno de los tópicos discutidos en supervisión fue justamente la dificultad percibida por las profesionales en diversos encuentros para enfocar la conversa en el tema de la adhesión. Se reconoció, así, que hay situaciones en que es necesario dejar de lado la cuestión de los medicamentos para priorizar la demanda espontanea del usuario, para que la temática de la adhesión pueda ser retomada posteriormente de forma más integrada a su contexto de vida, situación ejemplificada en el testimonio de Joana:

Ese caso es de una muchacha . . . muy dependiente de la hija . . . vive . . . en el mismo patio . . . La hija casada tenia una bebe de un año . . . ella [la participante] vino muy

mala . . . porque esa hija estaría cambiando para el nordeste; y por más que yo quisiera conducir . . . para el lado de nuestra propuesta, ella traía esas cuestiones. Ahí yo . . . deje fluir . . . yo me acuerdo que ella me dijo así: “Mira . . . Yo no estoy interesada en hablar, yo quiero es salir de aquí. Yo estoy sintiendo muy mala”. Yo le dije: “Comprendo, es un derecho tuyo”. Yo respeté . . . ahí ella se abrió. . . ella me contó que pego a la bebe . . . cogió el zapato y pego en la cabeza. Ella estaba sintiendo mucha culpa . . . estaba con un proceso de una depresión. . . ella tenía mucha rabia del ex-marido, que le pasó el VIH. . . . Y ahí fue muy interesante porque . . . ella trajo todas las cuestiones . . . Tanto que en otro encuentro la gente consiguió rescatar todo lo que realmente tenía que ver con toda la historia de ella . . . Y [el] medicamento . . . ella asociaba mucho a la cuestión afectiva, se está mal con la hija no toma. (Joana, E. I.)

El reconocimiento de esa necesidad indica que las profesionales se apropiaron de la propuesta de una postura dialógica, sensible a las necesidades del usuario a cada momento.

Con el auxilio de las sesiones de supervisión, las profesionales fueron adquiriendo mayor autonomía en la conducción de los encuentros, al darse cuenta que no era preciso seguir con rigidez el rúter de intervención propuesto en la capacitación, respetando la singularidad de cada interacción:

cada situación es una situación nueva, entonces la dificultad que yo tuve en el comienzo fue de querer aplicar lo que la gente aprendió, de la manera que la gente aprendió . . . pero tiene momentos que no necesita ser bien de aquella forma . . . y eso yo aprendí en la supervisión. (Marina, E. I.)

Sin desconsiderar que el contexto de investigación exigía una estandarización mínima del formato de la intervención, las profesionales indicaron aspectos del protocolo a ser flexibilizados en una implantación futura: el número total de encuentros y el tempo de duración de cada encuentro, a ser reducidos o extendidos de acuerdo con la relación establecida con cada usuario. Al

mismo tiempo, consideraron interesante el hecho de haber un período de intervención previamente definido, delimitando “*un inicio, un medio y un final*” (Renata, E. I.).

Destacaron, aún, el papel de la supervisión en la ampliación de su entendimiento acerca de las formas posibles de exploración de escenas del cotidiano junto a los usuarios, que las ayudó a comprender que la estrategia no se restringía al uso del recurso de dramatización:

al inicio . . . tenía una gran expectativa . . . de mi parte de trabajar escena, pero la escena dramatizada . . . en la supervisión . . . nosotros . . . fuimos identificando . . . que . . . el hecho de la persona contar . . . lo que se pasó en la vida de ella . . . ya es una vivencia de escena. (Marina, E. I.)

Vale resaltar que, en la propuesta de la ACCA, se espera que la metodología de las escenas no sea introducida artificialmente, pero sí, apenas en la medida en que ayude el profesional a se aproximar de la vivencia del usuario. La idea es integrar otros instrumentos y prácticas originarias de la formación disciplinar a ese abordaje.

Conducción de los Encuentros

El recurso de las escenas, según las entrevistas, enriqueció la conversación sobre las formas de convivencia con el tratamiento y contribuyó para que los usuarios introdujesen nuevos elementos en sus relatos acerca de las dificultades en su día a día, y reformulasen sus cuestiones iniciales. Permitió que el diálogo fuera más allá de las soluciones acabadas y discursos consolidados para encuentros sobre adhesión. Es expresivo el relato del atendimiento de un participante que, desde el primer encuentro, decía que tenía dificultad en tomar el medicamento correctamente en función de la ausencia de una rutina de horarios en su cotidiano. La profesional intentó levantar la posibilidad de un horario en que él estuviese acordado todos los días y pudiese fijar la tomada de sus medicamentos. En el tercer encuentro, propuso la exploración dramática de una escena de tomada en el horario en que él acostumbraba salir de casa para trabajar:

“bueno, entonces 23h00, por que usted no toma su medicamento?” / “Ah, porque yo

despierto retrasado y olvido de coger el medicamento". Yo hablo: . . . "hace la escena de usted despertando retrasado". Él despierto retrasado . . . Coge la pasta, coge el celular, de ahí viene la pregunta: "Por qué usted se acuerda de coger el celular, pero no se acuerda de coger su medicamento?" Entonces él para para reflejar . . . con mis comentarios: "Lo que puede hacer usted se acordar del medicamento?" . . . él no consigue pensar, de ahí yo sugiero: ". . . Entonces pone un billete en la porta". Él escribió un billete . . . él surtó en ese momento, comenzó a llorar, trabado, él no lograba se mover . . . Yo tuve que levantar, abrazarlo, preguntar se él estaba con miedo: "Vamos conversar acerca de ese sentimiento". Él no quería hablar . . . después . . . de unos 15 minutos así en esa situación . . . él . . . se tranquiliza . . . De ahí él me habla que él no sabe lo que siente en ese momento, él no logra identificar cual es el sentimiento, si es . . . de tristeza, si es de miedo, si es de rabia porque él está con VIH . . . nosotros juntos . . . conseguimos percibir que la cuestión de él no tomar medicamento no es . . . problema del retraso . . . Él tiene que descubrir cual es esa cuestión . . . que él identificó como importante . . . y él va trabajar en la terapia. (Marina, E. C.)

Para la profesional, en ese caso la vivencia de escena propició "un otro entendimiento de su situación . . . fue muy importante porque hizo él percibir que la cuestión . . . No estaba fuera, estaba en él mismo" (Marina, E. I.). O sea, a partir del ejercicio, identificaron nuevos aspectos relacionados a su dificultad y, aunque no tengan llegado a nombrar en ese momento, la necesidad de dar continuidad a un atendimento donde pudiese seguir profundizando esas cuestiones quedó clara.

Según las entrevistadas, algunos aspectos se mostraron relevantes para la decisión sobre el uso o no del recurso de las escenas: la disponibilidad del participante, a cada encuentro, para abordar cuestiones de su cotidiano y para reflejar sobre sus modos de convivir con el tratamiento; la constitución de un vínculo entre profesional y usuario que proporcionase abertura de la parte

de ambos para avanzaren en el diálogo; y la posibilidad de ese recurso hacer sentido para el usuario, de acuerdo con su repertorio, su trayectoria y su momento de vida. Observaron, por ejemplo, que muchas personas hacían uso de escenas de forma espontánea en la plática como una "narración de cuentos", trayendo ejemplos de situaciones concretas. En esos atendimientos, los recursos dramáticos se mostraron interesantes para incrementar la plática y para tornar la decodificación de escenas más explícita para el usuario. Pero, hubo casos en que la introducción de esa estrategia no fue posible. En un de los casos atendidos, la profesional observó que el establecimiento de empatía fue perjudicado por la postura irónica y provocativa del participante desde el primer encuentro: "todo que usted hacia . . . ella . . . detonaba y destruía. . . fue difícil tratar con ella . . . Era una persona extremadamente resistente . . . tenía creo que placer mismo de provocar" (Joana, E. I.). Aún, características del contexto sociocultural, o situaciones específicas como la depresión o el reciente conocimiento del diagnóstico, fueron también percibidas por las profesionales como obstáculos para el establecimiento de vínculo y, por lo tanto, para el desarrollo del proceso interactivo.

La dificultad en transponer diferencias culturales fue ejemplificada por el caso de un participante de etnia oriental. La profesional atribuyó la imposibilidad de crear vínculo con él a la comunicación difícil:

usted percibía que tenía un código allí en la hora de la conversación . . . no sé si fuera alguien que comprende más lo que es ser japonés . . . [es] una forma muy específica de se comunicar . . . usted no sabe . . . en el lenguaje no verbal también, lo que es que la persona esté expresando . . . Hubo una distancia entre nosotros que yo creo que no puede ser superada. . . Los cuatro encuentros no fueron suficientes para obtener una proximidad en nivel que la gente consiguió con los otros pacientes. . . de la complicidad del proceso, de hacer un vínculo mismo. (Renata, E. I.)

En otra tentativa mal sucedida en la exploración de escenas, según la profesional, el participante "no veía sentido en lo que estaba

haciendo” (Marina, E. I.). En ese caso, la profesional observó, también, que él parecía estar deprimido y, entre otras dificultades que relataba en relación a su contexto de vida, se mostraba muy movilizado por la reciente descubierta del diagnóstico del VIH. La profesional atribuyó el “fracaso” de ese atendimento a “poca disponibilidad” del participante “para cualquier tipo de suceso” (Marina, E. I.).

Ya el mayor grado de escolaridad fue citado como un posible elemento facilitador del entendimiento del recurso de las escenas en el caso de una persona que tenía “una buena escolaridad” (Renata, E. I.) y que “desde el primer momento . . . adhirió a la propuesta” (Renata, E. I.):

Para ella [la participante] hizo sentido a cosa de las escenas . . . fue posible hacer unas buenas escenas . . . Ella levantó de la cilla, miró para ella en el atendimento . . . Ella se emocionó con eso, después ella misma reflexionó acerca de eso, elaboró eso . . . después trae eso de nuevo como siendo de muchas importancia. (Renata, E. I.)

La ruptura con pre-conceptos y la mayor valorización de la singularidad de los usuarios, por otro lado, fueron resaltadas por las entrevistadas como contribuciones fundamentales de la ACCA para la dimensión psicosocial del Cuidado, destacadas con énfasis en el relato de la profesional que actúa en el área de la asistencia social. Ella se refiere a su experiencia en la investigación de la siguiente forma: “Cambió . . . mi visión de atención al usuario. . . . Porque yo siempre movilité mis repertorios para ser utilizados de otra manera” (Marina, E. I.). La profesional citó como ejemplo el caso de una travesti, que ella misma ya había acompañado en el servicio:

yo atendí ella durante . . . cinco años . . . dejé de atender y volví a atenderla nuevamente en la investigación. . . . en el primer y en el según encuentro ella ya habló para mí: “Por la Virgen, Marina! Finalmente esa plática, no?” Yo le dije: “Realmente . . . yo te atendí durante tantos años y tardó tanto para nosotras termos una conversación igual a que tuvimos hoy”. (Marina, E. I.)

El salto en el abordaje de este caso fue consecuencia de la recuperación de la historia de vida y del profundizar en la comprensión acer-

ca de las dificultades para convivir con el tratamiento diariamente. La entrevistada comparó esa postura con la perspectiva adoptada habitualmente por los profesionales en el “diálogo” con los usuarios, que ejemplificó:

“Usted no está tomando medicamento? . . . usted tiene que tomar en la hora, sabe? . . . E por qué usted no toma?” / “Ah! Yo olvido”. / “. . . usted tiene que providenciar un reloj”. / “Está bien, yo voy providenciar” “. . . Mira, usted no puede hacer uso de drogadicciones. Tiene que hacer un tratamiento para parar de usar drogadicciones. . . . Entonces usted . . . busca tal lugar?” / “Ah! Está bien, busco”. . . . Es distinto cuando usted trabaja en la percepción del usuario: “No, en verdad yo no tomo el medicamento derecho, no es solamente porque yo uso droga, es por varias otras cuestiones”. Y usted trabajar las cuestiones y contemplar esas cuestiones de una otra forma. Porque es fácil para el profesional, usted identifica la dificultad y encamina: “Ah! Entonces, va para la psicología . . . va para el psiquiatra”. . . . Ahora usted y el usuario, usted contempla lo que él está te trayendo, en su totalidad, es fundamental. Yo estoy considerando ese proceso fantástico. (Marina, E. I.)

Repercusiones para la Práctica Profesional

De acuerdo con la asistente social, la práctica del servicio social difícilmente prioriza la perspectiva del usuario: “Nosotros . . . cuando atendemos el usuario, ya estamos medio armado donde . . . vamos encaminar . . . como que se ya tuviésemos dado cuenta de aquella situación que él está trayendo” (Marina, E. C.). La entrevistada resaltó que las soluciones buscadas en la interacción se basan frecuentemente en pre-concepciones a respeto del perfil de cada población, se pautando en “cuestiones de grupo” y en “datos epidemiológicos”, que costumbran llevar a raciocinios como, por ejemplo: “como . . . los grupos de travestis tratan con esa situación” (Marina, E. C.). Esto se da, según la profesional, en prejuicio de la singularidad de la persona que de hecho está siendo atendida: “nosotros no podemos se prender solamente a esos indicadores

... as veces, aquél travesti tiene una característica completamente diferente". (Marina, E. C.)

La necesidad de superar discursos consolidados en relación a adhesión también fue resaltada. En otro caso, la asistente social percibió que la persona contaba con mucho apoyo familiar para su tratamiento y que esa información podría tenerle parecido suficiente en un primer momento; mas que, en ese caso, fue fundamental profundizar la comprensión de la forma como de hecho, se daba esa relación:

La gente piensa que es bueno la familia ayudar . . . pero en el caso de ella, ellos ayudaban mucho . . . Quedaban recordando ella de tomar su medicamento toda hora . . . Ella quería seguir en ese papel . . . En verdad, ella estaba acomodada en esa historia. (Marina, E. I.)

La entrevistada observó que, aunque los aspectos relacionados tanto al tratamiento cuanto al contexto de vida de los usuarios sean usualmente abordados en los atendimientos, difícilmente ambos son trabajados de forma integrada, con base en una escena y situación:

normalmente nosotros . . . discutimos el VIH, pero no dentro del cotidiano del usuario. . . . nosotros hasta traemos ese contexto de vida . . . esas cuestiones a luz, pero . . . nosotros no discutimos... Es como si una cosa no hiciese parte de otra. (Marina, E. I.)

La noción de conveniencia⁸ con el tratamiento fue una herramienta valorizada por las entrevistadas en la operacionalización del abordaje de la ACCA, considerada como formulación simple y capaz de nortear las acciones del profesional. Una de las entrevistadas, que actúa en el área de la gestión, relató que la noción de conveniencia y el recurso de las escenas fueron incorporados en su práctica de capacitación de otros profesionales:

No basta usted oír . . . usted identificar las necesidades [de las personas atendidas] y

usted va hacer qué con eso? Entonces ahora yo tengo una herramienta . . . la técnica de traer para una cosa concreta, es posible de todo mundo entender y las personas [profesionales de salud] quedan más aliviadas porque ellas saben lo que ellas tienen que hacer, como es que eso se da en la relación . . . maduré mi discurso . . . porque llegaba en esa hora . . . Yo sabía lo que yo quería decir, pero no tenía instrumentos para dar para las personas de una forma rápida, objetiva, donde ella tiene que llegar . . . cual es la meta de ese trabajo. Antes era una cosa vaga . . . Ahora no, usted habla así . . . "nosotros vamos trabajar: lo que es conveniencia? Cual es el foco? . . . Y ahí usted hace qué con eso? Tiene 15, 20 minutos, como es que usted hace eso?". (Renata, E. C.)

Otro punto que indicó la incorporación del referencial de la ACCA por las profesionales está relacionado a cambios en la concepción acerca del suceso o fracaso de los atendimientos, implicada en la noción de Cuidado. Notamos que las evaluaciones a respecto de los casos atendidos no se restringieron a la dimensión del éxito técnico, llevando en consideración el suceso del punto de vista del propio usuario. Es relevante en ese sentido el hecho de que, en las entrevistas, las profesionales optaron espontáneamente por elegir casos intermediarios, esto es, por incluir ejemplos bien-sucedidos del punto de vista de la dimensión comunicacional y en relación a la perspectiva del usuario, pero que no necesariamente llevaron a un aumento de la adhesión.

La incorporación de la noción de suceso práctico por las profesionales permitió la aceptación de la decisión de los usuarios que, en casos extremos, se apuñan explícitamente al éxito técnico, como en el caso de una persona que tomaba medicación inyectable (T20), cuya auto-aplicación diaria representaba una gran dificultad, dejándole marcas y puntos doloridos en el cuerpo. Al largo del proceso, él llegó a quitar dudas con la enfermera y a frecuentar un grupo para personas que usaban el T20, pero la dificultad permaneció. Decidió, entonces, que no usaría en la frecuencia prescrita por el médico. La profesional le alertó de los riesgos de tomar la medicación irregularmente, concluyendo que al final "él ni

⁸ La noción de conveniencia dice respecto a la idea de priorizar, en el encuentro entre profesional y usuario, aquello que conviene al usuario, delante de su contexto de vida y de su cotidiano. Está relacionada a la noción de "proyectos de felicidad", definida por Ayres (2004).

dejó, ni tomó correctamente, ni miró una chance de superar la dificultad . . . un fracaso técnico completo” (Renata, E. I.). Entendió, entretanto, que hubo suceso práctico en ese caso:

para aquél ser humano, nunca será conveniente tomar el T20, él tomó la decisión. El no encontró un acuerdo de quién él es y como él vive, lo que él espera de la vida, y qué ese medicamento exige dele . . . Del punto de vista tradicional, nosotros fracasamos, porque él dijo que no iba tomar el medicamento. Del punto de vista existencial para ese sujeto . . . él es capaz de me decir: “Eso que ustedes están queriendo me ofrecer, no es posible conciliar con quién yo soy. Yo estoy tranquilo, se morir es el precio, yo voy morir, pero yo no logro. En este momento es innegociable”. Con ese concepto, nosotros no fracasamos. . . . Porque nosotros armamos al hombre de todos los instrumentos posibles, información, alternativas, para que él pudiese llegar a esa conclusión de forma menos conflictiva posible, consigo mismo. Es claro que una parte de él quizás tenga miedo de morir, pero nosotros permitimos una habla que jamás nosotros permitiríamos. . . . De [él] decir para nosotras: “Yo no voy hacer eso. Por favor, oiga eso sin recriminarme. Yo no puedo hacer eso, yo no quiero”. (Renata, E. C.)

Interesante percibir la expresión “ser humano” y “sujeto” en esa habla, expresando una concepción coherente con el cuadro de la intervención. Sin dejar de constituir un dilema para la profesional, ese caso le trajo la posibilidad de comprender y de compartir con el usuario sentidos para o vivir que huyen a los patrones normalmente estipulados y deseado por los profesionales de salud.

Beneficios a los Usuarios

De modo general, las entrevistadas percibieran diversas repercusiones para el tratamiento traídas por la intervención. La mejora en la convivencia con el tratamiento pudo ser constatada en diversos casos:

tiene varios testimonios . . . de gente que habla de cambios: “Ah! Yo no lograba en-

gullir el comprimido y ahora yo engullo”, “Yo no podía tomar el comprimido fuera de casa con miedo de pasar mal y ahora yo tomo”. (Renata, E. I.)

Observaron que los logros obtenidos fueron desde una mayor apropiación de las formas de manejo del tratamiento, hasta transformaciones en el contexto de vida de los usuarios, como el ejemplo de una persona que decía retrasar frecuentemente la toma de los medicamentos por cuenta de su agitada rutina de trabajo. Los encuentros apoyaron su decisión de pedir demisión del empleo para cuidar de si misma y de su salud:

No me acuerdo se fue en el segundo o en el tercero [encuentro] que ella llegó aquí y habló . . . “Yo tomé una decisión. Yo pedí demisión de mi empleo” . . . Ella tenía una pensión del marido . . . el hijo ya es formado . . . tiene casa propia . . . tiene una vida relativamente . . . estable, pensaron que ella realmente podría pedir demisión para se cuidar. . . . Ella hizo un check-up . . . pasó por una serie de profesionales de aquí . . . marcó otorrino . . . ortopedia . . . psicología . . . Indo a los encuentros ella percibió que no estaba mirando para si propia y eso ella realmente logró. Yo creo que la percepción de si misma vino a la luz y ella comenzó a cuidarse. (Joana, E. I.)

La ampliación del acceso a los recursos ofrecidos por la institución fue otro importante resultado de la intervención valorizada por las profesionales. Las entrevistadas consideraron que, “del punto de vista de la relación de esos pacientes con la institución, la intervención trajo una nueva posibilidad” (Renata, E. I.), promoviendo nuevas formas de apropiación de los espacios de Cuidado. El carácter dialógico y horizontal de la relación establecida durante los encuentros se mostró fundamental para situar el usuario como sujeto de derechos, co-responsable por el curso de su propio tratamiento. Las entrevistadas consideraron que esa interacción se diferenció de la relación de autoridad en general establecida con el médico, en la cual el usuario difícilmente cuestiona la prescripción del tratamiento en busca de mejor adaptarlo a su vida cotidiana:

yo pienso que eso también hace parte del tratamiento . . . se nosotros hemos conseguido quebrar un poco en la cabeza de ellos [participantes] esa cuestión de la autoridad, se ellos consiguieren a partir de eso entrar de una forma un poquito más tranquila, en el sentido de se colocar y conversar en la consulta . . . se mirando con derechos . . . se mirando con un espacio que pertenece a él, que no es de aquél profesional, que es de él, es la vida de él, es él quién está en juego. (Renata, E. I.)

Según las profesionales, la investigación también evidenció algunas relaciones ya “desgas-tadas” (Renata, E. I.) entre médicos y usuarios:

Yo creo que as veces es un cansancio, no tiene más lo que dar, la persona [el profesional] está agotada y ese paciente también, en aquella relación, quedan los dos: “Está todo bien” / “Está todo bien” . . . son relaciones que están muertas. (Renata, E. I.)

La intervención permitió rescatar casos en que los profesionales parecían ter dejado de creer en la posibilidad de ocurrieren avanos:

yo sentí en la habla de los usuarios que los médicos. . . tienen una gran expectativa en relación a la investigación, porque el paciente que está aquí . . . es aquél que él también tiene dificultad en el consultorio. (Marina, E. I.)

En relación al papel de la institución, las entrevistadas resaltaron la importancia de la oferta de un espacio enfocando el tema de la adhesión. En la visión de las profesionales, el simple hecho de que los participantes fueran contactados por la investigación en el servicio – que sintieran ser un cuidado institucional – fue capaz de promover transformaciones en la forma de lidiaren con el tratamiento. Resaltaron, sin embargo, la necesidad de se ofrecer apoyo de forma continua, de modo a promover la manutención de las conquistas en largo plazo, dado el carácter dinámico de la adhesión al tratamiento. Este aspecto fue ilustrado por una entrevistada al imaginar la habla de los usuarios:

Ahora estoy bien, no voy tomar el medicamento. Ahora estoy enfermo, entonces yo voy empezar a tomar el medicamento. Ah! Mas ahora yo tengo mucha cosa para hacer

de mi vida, entonces yo no estoy consiguiendo tomar el medicamento derecho. (Marina, E. I.)

La intervención resaltó también, segundo las entrevistadas, la necesidad de se dirigir acciones específicas para aquellos usuarios que se consideran adherentes, o que no faltan a las consultas, pero que, entretanto, no obtiene mejoras en los resultados clínicos del tratamiento – condiciones que muchas veces pasan desapercibidas por la institución:

Yo creo que nosotras trabajamos mucho con adhesión con aquél paciente que verbaliza: “No, yo no tomo medicamento. Yo no quiero tomar medicamento”. . . . Ahora, ese paciente que habla: . . . “Yo estoy tomando” . . . Nosotras no investimos. (Marina, E. I.)

Implantación en los Servicios

Las entrevistadas creen en la viabilidad de la implantación de la intervención en otros servicios de la red pública, pero apuntaron que esas acciones necesitan estar inseridas dentro de un flujo de trabajo en la institución para garantizar el involucrimiento de los profesionales en ese proceso y el apoyo de la gestión: “no resuelve . . . enseñar los profesionales a hacer una cosa, se el servicio no está se modificando en la dirección de la mejora de su cualidad” (Renata, E. C.). La introducción de este modelo de intervención en el servicio desafiaría especialmente la fragmentación del tratamiento entre las diferentes especialidades, como ilustra la habla de uno de los participantes durante los encuentros, citada por la profesional: “Con el médico yo trato de una cosa, con el psicólogo yo trato de otra, y aquí fue el único lugar que yo junté las dos” (Renata, E. C.).

Las entrevistadas destacaron el carácter interdisciplinar de la intervención porque, además de proponer un diálogo entre los diferentes saberes, la ACCA trae herramientas que pueden ser utilizadas por todas las categorías profesionales – aspectos estos ni siempre valorizados en la rutina de trabajo en los servicios:

la asistente social y el psicólogo tiene más dificultad en se interesar por estudiar la cuestión de los medicamentos. Un médico, por su vez, tiene resistencia en estudiar

aquello que no es exactamente la conducción clínica del caso. La enfermera tiene una visión pragmática de las cosas, entonces ella tiene dificultad de incluir en su raciocinio, muchas veces, las cuestiones sociales y psicológicas, entonces cada un valoriza su núcleo. (Renata, E. C.)

Resaltaron la necesidad de se trabajar, en una futura implantación, junto al “*equipo todo . . . incluyendo en la capacitación la percepción de donde está localizada esa actividad, que ella sirve al paciente, ella no sirve al profesional. . . identificar la adhesión como un campo inter [disciplinar]*” (Renata, E. C.).

Por fin, las profesionales valorizaron el instrumento de registro relleno conjuntamente, le caracterizando como una estrategia útil para compartir cuestiones trabajadas en los atendimientos, no apenas entre profesional y usuario, pero también entre el equipo de profesionales responsables por su Cuidado:

Cualquier persona [profesional] que va atender aquella persona [usuario], ella va de pose de aquél material, va enriquecer. Y se combinado con el paciente que aquello va poder hacer parte del prontuario, todo mundo puede acceder . . . al fin, aquella dificultad queda siendo compartida, conversada con um montón de gente . . . del equipo que atiende aquella persona. Quiero decir, usted hace la intervención, pero yo también puedo hablar sobre aquél asunto. (Renata, E. C.)

Conclusiones

En síntesis, del punto de vista de las profesionales que condujeran la intervención, la ACCA se mostró un abordaje factible en el contexto del SUS; posible de ser reproducida por profesionales de diferentes categorías; capaz de beneficiar la convivencia de las personas con su tratamiento; y con el potencial de innovar la actuación profesional en el plan de la asistencia a las personas viviendo con VIH. Los testimonios de las profesionales llamaron atención, también, para aspectos de la propuesta de intervención a ser revistos y/o enfatizados en una futura implantación de la ACCA.

Entre las contribuciones de ese abordaje para la práctica, las profesionales destacaron las ideas de priorización de la perspectiva del usuario y de profundización de la conversa alrededor de su vida cotidiana. A partir de esa proposición, la relación de cada persona con su tratamiento puede ser co-comprendida de modo singular y encarnado en sus diversos contextos intersubjetivos, llevando a la ruptura con pre-concepciones y estereotipos a respeto de supuestos perfiles del “paciente tipo-adherente” o “tipo-no-adherente”. La noción de conveniencia y de participación de los usuarios en la elección de los caminos para su autocuidado permitió, aún, la construcción de nuevos parámetros de suceso para la actuación profesional.

El modo de interacción dialógica que amplía la escena de la tomada y del atendimiento para el contexto social y programático con los usuarios permitió situarlos en cuanto sujetos de derechos, valorizando ese discurso que tiene evidentes repercusiones programáticas y sociales. Diversos beneficios programáticos para el tratamiento fueron indicados por las entrevistadas: la posibilidad de un mejor aprovechamiento de los servicios ofertados por la institución; la reflexión acerca de la necesidad de los servicios organizar espacios continuos para se trabajar el tema de la adhesión, acompañando todos aquellos que no presentan buenos resultados clínicos del tratamiento; el enfoque interdisciplinar. El estudio confirmó la expectativa y el presupuesto del cuadro de que la implantación en otros servicios exigirá un trabajo previo junto a la institución y a los profesionales para promover la abertura necesaria para este abordaje, como discutieran las profesionales entrevistadas.

Específicamente en relación al manejo de la intervención, las mayores dificultades citadas por las profesionales se refirieron a situaciones en que identificaron poca disponibilidad del usuario para trabajar expresando su momento y contexto de vida, o su trayectoria como persona viviendo con VIH. Esos mismos aspectos dificultaron particularmente la exploración y decodificación de escenas de tomada. Cuando el recurso de las escenas pareció hacer sentido para el usuario, esa metodología permitió la ampliación de la comprensión de las situaciones trabajadas

y el levantamiento de nuevas alternativas para lidiar con el cotidiano del tratamiento.

De modo general, podemos decir que la intervención posibilita situar al profesional y al usuario en cuanto sujetos de la intervención, a partir del reconocimiento de que el usuario, tanto como el profesional, es detentor de un saber – acerca de su contexto de vida, de su cotidiano, de sus recursos personales, sociales e institucionales para lidiar con su tratamiento – y que, alrededor de lo que él sabe (contextos) y puede (recursos) es que serán construidos caminos posibles para una mejor convivencia con el tratamiento (Paiva, 2002).

Se nota que, en el abordaje de la ACCA, la construcción del vínculo y del diálogo entre profesional y usuario es punto fundamental para el suceso de la intervención. Comprendemos que, en cada atendimento, es necesario reflexionar sobre las dificultades percibidas para el establecimiento de ese diálogo y de la interacción, de modo a no responsabilizar a los usuarios individualmente por los fracasos obtenidos. Ese es un punto a ser valorizado en una futura implantación de la intervención.

Resaltamos que una de las diferencias más importantes, cuando se discuten los límites y potencialidades de la ACCA, es el hecho de depender de la singular interacción que se establece entre aquél usuario y el profesional, bien como del contexto programático donde se desarrollará. No se puede, por lo tanto, generalizar determinados contextos y situaciones como características que estarían a priori asociadas con el suceso o fracaso de la intervención. En relación al recurso de las escenas, uno de los recursos considerados más interesantes y renovadores de la práctica según las experiencias acumuladas en el campo de la prevención, la viabilidad de la metodología de las escenas tiene demostrado en los más diversos contextos sociales, tales como junto a poblaciones caiçaras (Bellenzani, Blessa, & Paiva, 2008; A. O. Santos & Paiva, 2007), comunidades ribereñas en la Amazonia (Benzaken, Garcia, Sardinha, Pedrosa, & Paiva, 2007), jóvenes religiosos (Paiva, Garcia, et al., 2010) y con ellos profesionales responsables por la atención a su salud. Entendemos, por lo tanto, que es posible en una futura implantación de la

intervención profundizar la discusión alrededor de las dificultades percibidas por los profesionales y pensar caminos para mejorar el diálogo con los usuarios.

De modo general, consideramos que esa experiencia reafirma la importancia del establecimiento de protocolos de intervención que orienten la práctica – que no debe confundirse, entretanto, con una estandarización rígida de las acciones. Al contrario, esta propuesta visa estimular justamente la creatividad de los profesionales en el manejo de los recursos disponibles, de manera a adaptarlos a las especificidades de la relación establecida con cada usuario, sin desconsiderar también las posibilidades del contexto particular de cada servicio. La formación acerca de las estrategias y concepciones de la ACCA, por ejemplo, fue proporcionada no apenas por las actividades de capacitación, pero mejorada por la supervisión, que interactuó con el saber práctico de los profesionales, como además ocurre en todos los otros abordajes. Una educación dialógica y continuada de profesionales para permitir una mayor profundización en la apropiación de esta o de otros abordajes que visan innovar la atención en el ámbito del SUS será siempre productiva de su mayor calidad.

Reiteramos que el contexto de investigación y, por lo tanto, el ambiente necesariamente más controlado dentro del cual la intervención fue realizada, aún que permita el reconocimiento de diversas potencialidades y mejoras necesarias a la ACCA, impone inevitables límites a nuestro análisis, nos imposibilitando de conocer cuales otros aspectos podrían resultar de una implantación efectiva de la intervención en la rutina de los servicios. Este estudio puede apenas levantar hipótesis a respecto de los posibles beneficios de la adopción de la ACCA en el cotidiano de los servicios y de esta formación de profesionales de salud. Hipótesis que, por se refirieren al que pudimos aprehender del punto de vista de las profesionales, serán complementadas por el análisis de las entrevistas realizadas con los usuarios participantes, bien como da la grabación de los encuentros. Un análisis panorámico posterior permitirá una mayor comprensión a respecto de este modelo de intervención.

Finalizando, destacamos que la reflexión crítica suscitada por las entrevistas con las profesionales incluyan ese abordaje en el campo de los abordajes que proponen la sustitución de la noción de adhesión por ideas que expresen “colaboración” (Nemes, Santa-Helena, Caraciolo, & Basso, 2009), “autonomía” (Willians, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998), “empoderamiento” (Feste & Anderson, 1995) y, especialmente, “concordancia” (*Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*, 1997). En esa misma dirección están las hipótesis de que la valoración por el profesional, en el encuentro con el usuario, de la vida cotidiana y de sus dinámicas intersubjetivas puede enriquecer la comunicación entre ambos; que la comprensión de las conveniencias del tratamiento, tanto por parte del profesional cuanto del usuario, puede llevar a arreglos más viables y compatibles con el contexto y el día a día de la persona en tratamiento; que el compartir entre profesional y usuario de la responsabilidad por el Cuidar es fundamental para se caminar en dirección a la incorporación del referencial de los derechos que tienen sido valorados en las prácticas de atención a la salud (Gruskin & Tarantola, 2008); y, por fin, que la posibilidad de los usuarios y profesionales dialogaren en los términos de los usuarios puede contribuir para la superación de la parálisis que tantas veces afecta a ambos con la sensación de que no restan caminos para la (re)construcción conjunta de proyectos de felicidad.

Referencias

- Amico, K. R., Harman, J. J., & Johnson, B. T. (2006). Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: A research synthesis of trials, 1996 to 2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(3), 285-297.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde [Sujeto, intersubjetividade e prácticas de salud]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde [Cuidado e reconstrucción das prácticas de salud]. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G., Saletti, H. C., Filho, & França, I., Jr. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde [Risco, vulnerabilidade e prácticas de prevención e promoción da salud]. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drummond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* [Tratado de salud colectiva] (pp. 375-417). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V. S. F., & França, I., Jr. (2011). From Natural History of Disease to Vulnerability: Changing concepts and practices in contemporary public health. In R. Parker & M. Sommers (Eds.), *Routledge handbook of global public health* (pp. 98-107). New York: Routledge.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V. S. F., & França, I., Jr. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [Conceitos e prácticas de prevención: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e derechos humanos]. In V. S. F. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde* [Vulnerabilidade e derechos humanos: prevención e promoción da salud] (Vol. 1, pp. 71-94). Curitiba, PR: Juruá.
- Băban, A., & Crăciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 45-67.
- Basso, C. R. (2010). *Avaliação da efetividade de uma intervenção psicossocial para melhorar a adesão do paciente à terapia antirretroviral da AIDS: Ensaio controlado aleatório utilizando monitoramento eletrônico* [Avaliación da efectividade de una intervención psicossocial para mejorar a adhesión do paciente à terapia antirretroviral da SIDA: ensayo controlado aleatório utilizando monitoramento eletrônico] (Tese de doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Basso, C. R., Santa-Helena, E. T., Caraciolo, J. M. M., Paiva, V. S. F., & Nemes, M. I. B. (2012). Exploring ART intake scenes in a human rights-based intervention to improve adherence: A randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*. doi: 10.1007/s10461-012-0175-4. Retrieved

- May 15, 2012, from <http://www.springerlink.com/content/a4860529p1g13127/>
- Bellenzani, R., Blessa, C. R. B., & Paiva, V. S. F. (2008). Scripts in scene: HIV and sexual market in the context of tourism. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 653-662.
- Benzaken, A. S., Garcia, E. G., Sardinha, J. C. G., Pedrosa, V. L., & Paiva, V. S. F. (2007). Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 118-126.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1987). *A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento* [A construcción social da realidade: tratado de sociología do conocimiento] (7. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Berkman, A., Garcia J., Munoz-Laboy, M., Paiva, V. S. F., & Parker, R. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: Lessons for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal Public Health*, 95(7), 1162-1172.
- Caraciolo, J. M. M. (2010). *Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo* [Caracterización das actividades para melhoria da adesión à TARV em servicios de salud do SUS no estado de São Paulo] (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Caraciolo, J. M. M., Santa-Helena, E. T., Basso, C. R., Souza, R. A., Silva, M. H., Adão, V. M., ...Nemes, M. I. B. (2009). Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007 [Actividades para melhoria da adhesión à TARV em servicios de salud do SUS no estado de São Paulo, 2007]. *Saúde e Sociedade*, 18(Supl. 2), 79-83.
- Dulmen, S., van., Sluijs, E., Dijk, L., van, Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: A review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7, 55-67.
- Feste, C., & Anderson, R. M. (1995). Empowerment: From philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26(1), 139-144.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido* (17. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Gagnon, J., & Parker, R. (1995). *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York: Routledge.
- Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.). (2002). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goffman, E. (1975). *A representação do eu na vida cotidiana* [A representación do eu na vida cotidiana]. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goffman, E. (1980). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* [Estigma: notas sobre a manipulación da identidade deteriorada] (3. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2008). Universal access to HIV prevention, treatment and care: Assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS*, 22(Suppl. 2), S123-S132.
- Jung, C. G. (1985). *Fundamentos de psicologia analítica* [Fundamentos de psicología analítica] (3. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kalichman, A., & Diniz, S. (2009). AIDS treatment in Brazil: What kind of evidence do we need? *Lancet*, 374(969), 1066.
- Mann, J., & Tarantola, D. J. M. (1996). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D., & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil [Desafios da adhesión ao tratamento de personas viviendo com VIH/Sida en Brasil]. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 87-93.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Health Services Research*, 7, 104-119.
- Nemes, M. I. B. (2009). *Desenvolvimento da linha de pesquisa Qualiaids* [Desenvolvimento da linha de investigación Qualiaids] (Tese de livre docência, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Santa-Helena, E. T., Melchior, R., Caraciolo, J. M. M., Basso, C. R., ...Ferraz, D. A. S. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil [Adhesión ao tratamento, acesso e cualidade da assistencia em Sida en Brasil]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(2), 207-212.

- Nemes, M. I. B., Equipe Qualiaids, & CRT-DST/AIDS-SP. (Coords.). (2009). *Avaliação de tecnologias para melhoria da adesão do paciente ao tratamento antirretroviral da Aids* [Avaliación de tecnoloxías para melloría da adhesión do paciente ao tratamento anti-retroviral da Sida] (Relatório técnico PP-SUS 2006/2007, FAPESP Processo Nº 2006/61277-6). São Paulo, SP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
- Nemes, M. I. B., Santa-Helena, E. T., Caraciolo, J. M. M., & Basso, C. R. (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: Differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Suppl. 3), s392-s400.
- Paiva, V. S. F. (2002). Sem mágicas soluções: A prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial [Sem mágicas soluciones: a prevención e o cuidado em VIH/SIDA e o proceso dy emancipación psicossocial]. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 6(11), 25-38.
- Paiva, V. S. F. (2005). Analysing sexual experiences through 'scenes': A framework for the evaluation of sexuality education. *Sex Education*, 5(4), 345-359.
- Paiva, V. S. F. (2006). Analisando cenas e sexualidades: A promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos [Analisando cenas e sexualidades: a promoción da salud na perspectiva dos derechos humanos]. In C. F. Cáceres, G. Careaga, T. Frasca, & M. Pecheny (Orgs.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina* (pp. 23-52). Lima, Peru: Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca, *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- Paiva, V. S. F. (2007). Gendered scripts and the sexual scene: Promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In R. Parker & P. Aggleton (Eds.), *Culture, society and sexuality: A reader* (2nd ed., pp. 427-442). New York: Routledge.
- Paiva, V. S. F. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? [A psicología redescobrirá a sexualidade?] *Psicologia em Estudo*, 13(4), 641-651.
- Paiva, V. S. F. (2009). Prevenção PositHIVa? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade [Prevención PositVIHa? A abordaje psicossocial, emancipación e vulnerabilidade]. In J. C. Raxach, I. Maksud, C. Pimenta, & V. Terto Jr. (Orgs.), *Prevenção positHIVa: Estado da arte: Vol. 8. Políticas públicas* [Prevención positVIHa: estado da arte] (pp. 33-49). Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
- Paiva, V. S. F. (2012a). Cenas da vida cotidiana: Metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos [Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos derechos humanos]. In V. S. F. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde* [Vulnerabilidade e derechos humanos: prevención e promoción da salud] (Vol. 1, pp. 165-207). Curitiba, PR: Juruá.
- Paiva, V. S. F. (2012b). A dimensão psicossocial do Cuidado [A dimensión psicossocial do Cuidado]. In A. Segurado, G. Calazans, & V. S. F. Paiva (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde* [Vulnerabilidade e derechos humanos: prevención e promoción da salud] (Vol. 2, pp. 41-71). Curitiba, PR: Juruá.
- Paiva, V. S. F., Ayres, J. R. C. M., & Gruskin, S. (2010). Being young and living with HIV: The double neglect of sexual citizenship. In P. Aggleton & R. Parker (Eds.), *Routledge handbook of sexuality, health and rights* (pp. 422-430). New York: Routledge.
- Paiva, V. S. F., Garcia, J., Rios, L. F., Santos, A. O., Terto, V., Jr., & Munõz-Laboy, M. (2010). Religious communities and HIV prevention: An intervention study using a human rights-based approach. *Global Public Health*, 5(3), 280-294.
- Parker, R., & Aggleton, P. (1999). *Culture, society and sexuality: A reader*. New York: Routledge.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS: Coleção ABIA: Vol. 1. Cidadania e direitos*. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From compliance to concordance: Toward shared goals in medicine taking*. London: Author.
- Rueda, S., Park-Wyllie, L. Y., Bayoumi, A. M., Tynan, A. M., Antoniou, T. A., Rourke, S. B., & Glazier, R. H. (2006). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001442.

- Retrieved March 31, 2012, from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001442/frame.html>
- Santos, A. O., & Paiva, V. S. F. (2007). Vulnerabilidade ao HIV: Turismo e uso de álcool e outras drogas. *Revista de Saúde Pública, 41*(Supl. 2), 80-86.
- Santos, M. A. (2010). *Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com AIDS à terapia antirretroviral* [Análisis crítica de una intervención para mejoría da adhesión do paciente vivendo com SIDA à terapia antirretroviral] (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, Brasil).
- Sato, L. (2005). Apresentação [Apresentación]. In A. M. Rodrigues (Org.), *Indivíduo, grupo e sociedade: Estudos de Psicologia Social* [Indivíduo, grupo e sociedade: estudios de Psicologia Social] (pp. 11-15). São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1984). Sexual scripts. *Society, 22*(1), 53-60.
- Simoni, J. M., Frick, P. A., Pantalone, D. W., & Turner, B. J. (2003). Antiretroviral adherence interventions: A review of current literature and ongoing studies. *Topics in HIV Medicine, 11*(6), 185-198.
- Simoni, J. M., Pearson, C. R., Pantalone, D. W., Marks, G., & Crepaz, N. (2006). Efficacy of interventions in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV-1 RNA viral load. A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 43*(Suppl. 1), S23-S35.
- Teixeira, P. R., Paiva, V. S. F., & Shimma, E. (Orgs.). (2000). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo* [Tá difícil de engolir? Experiencias de adhesión ao tratamento anti-retroviral em São Paulo]. São Paulo, SP: Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids, Universidade de São Paulo.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology, 17*(3), 269-276.

Recebido: 26/06/2012
1ª revisão: 03/09/2012
Aceite final: 25/09/2012