



**Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família**



LIDIANE BEATRIZ CHIESA MUNARETTO

**PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA AIDS NO
MUNICÍPIO DE MARACAJU/MS**

CAMPO GRANDE/MS

2014

LIDIANE BEATRIZ CHIESA MUNARETTO

**PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA AIDS NO
MUNICÍPIO DE MARACAJU/MS**

Projeto de intervenção apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marisa Dias Rolan Loureiro.

CAMPO GRANDE/MS

2014

RESUMO

A epidemia ocasionada pela disseminação da infecção pelo HIV é uma ameaça real para saúde humana e os avanços relacionados ao surgimento da terapia antiretroviral resultou em aumento da sobrevivência, diminuição das internações por doenças oportunistas e queda da mortalidade, desde que haja correta e rigorosa adesão ao tratamento, que assume grande importância diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade, pois estudos indicam que a eficácia do tratamento exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. **OBJETIVOS:** Deste projeto de Intervenção (PI) foi promover a adesão dos indivíduos com AIDS ao tratamento, no município de Maracaju/MS, caracterizar os mesmos e conhecer os fatores que dificultam a adesão ao tratamento. **MÉTODO:** O PI foi desenvolvido no período de janeiro a abril de 2014, na Unidade Central de Saúde (UCS) de Maracaju/MS, junto a 20 pacientes doentes de AIDS não aderentes ao tratamento. Inicialmente foi aplicado um questionário, objetivando estabelecer o perfil destes pacientes, abordando a idade, sexo e o motivo pelo qual se afastou do tratamento. Após esta etapa, foram desenvolvidas atividades como consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões e atividades educativas junto a equipe da unidade de saúde para estimular a adesão ao tratamento medicamentoso. **RESULTADOS:** Dos 20 participantes do PI, quanto à condição econômica, 10 pertencem à classe D, o que pode contribuir também para dificultar a adesão ao tratamento. A maioria (18) são heterossexuais e , 16 são solteiros. Quanto aos motivos que levaram ao abandono do tratamento, a depressão, medo de perder o emprego e a condição econômica foram um dos fatores mais citados para justificar o abandono ao tratamento. Conhecendo os não aderentes ao tratamento e os motivos da não aderência ao tratamento, foram realizadas reuniões de acolhimento, ações com foco em educação em saúde, visando promover a troca de conhecimento e experiência entre os pacientes e também entre médico e paciente através de consultas individuais, de modo a mostrar a importância da adesão ao tratamento e também esclarecer sobre direitos dos portadores de HIV/AIDS. **CONCLUSÕES:** Ao final do PI foi conseguido que 16 indivíduos retornassem ao tratamento, assim como foi identificado as possíveis causas da descontinuidade no mesmo, de forma a compreender melhor o doente de AIDS e propor que o PI seja mantido como forma de melhorar a adesão dos mesmos. Diante dos objetivos alcançado levanta-se a necessidade de se repensar nas práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais nas unidades de saúde, visando discutir a importância das abordagens de aconselhamento e acolhimento do paciente soropositivo e doente de AIDS.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Adesão do Paciente; Acolhimento.

ABSTRACT

Promoting Adherence to Treatment of AIDS in the Municipality of Maracaju/MS

The epidemic caused by the spread of HIV is a real threat to human health and the advances related to the emergence of antiretroviral therapy resulted in improved survival, fewer hospitalizations for opportunistic diseases and decline in mortality from acting correctly and strict adherence to treatment, which is of great importance at the prospect of a long and quality life, because studies indicate that the efficacy of treatment requires the use of the therapeutic regimen should be less than 95% of the prescribed dose. **OBJECTIVES:** This project Intervention (PI) was to promote adherence of individuals with AIDS treatment in the town of Maracaju/MS, characterize them and understand the factors that complicate treatment adherence. **METHOD:** The PI was developed in the period from January to April 2014, the Central Health Unit (SCU) of Maracaju/MS, 20 patients with AIDS patients non adherent to treatment. Initially, a questionnaire was applied, aiming to establish the profile of these patients, approaching age, sex, and the reason turned away from treatment. After this step, activities like doctor visits, home visits, meetings and educational activities at the health facility staff were developed to encourage adherence to therapy. **RESULTS:** Of the 20 participants in the PI, as the economic condition, 10 belong to class D, which can also contribute to hinder adherence. The majority (18) are heterosexual and 16 are singles. Regarding the reasons leading to discontinuation of treatment, depression, fear of losing their jobs and the economic condition were one of the factors cited to justify abandoning the treatment. Knowing the non-adherent to treatment and the reasons for non adherence to treatment, host meetings, initiatives focused on health education, to promote the exchange of knowledge and experience between patients and between doctor and patient through individual consultations were held in order to show the importance of adherence to treatment and also clarify the rights of HIV/AIDS. **CONCLUSIONS:** At the end of the IP was obtained that 16 individuals returned to treatment, as well as the possible causes of the discontinuity in the same was identified in order to better understand the AIDS patient and suggest that the PI is maintained in order to improve the adherence of thereof. Given the objectives achieved raises the need to rethink educational practices developed by professionals in health facilities, in order to discuss the importance of counseling approaches and host of the HIV and AIDS patient sick.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient adherence; Host

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	5
1.1 INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	8
2.1 GERAL.....	8
2.2 ESPECÍFICOS	8
3. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	9
3.1 CRONOGRAMA DE INTERVENÇÃO	10
4. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	11
4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
6 REFERÊNCIAS.....	20
7 ANEXO.....	222
8 APÊNDICE 1	233
APÊNDICE 2	24
APÊNDICE 3.....	25

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV – sigla em inglês) é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune ¹.

O HIV é o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os glóbulos brancos, que atuam como defensores do organismo, o HIV se torna parasita delas e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Assim, depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. O indivíduo portador do vírus HIV, que não desenvolveu a doença, nem apresenta os sintomas, são conhecidos como soropositivos ou portadores assintomáticos ².

Ter o HIV não é a mesma coisa que a AIDS, há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou pela transmissão vertical (durante a gravidez e a amamentação) ³.

Diante da possibilidade de infecção por doenças oportunistas no indivíduo soropositivo, com o advento dos novos antiretrovirais, houve redução no número de hospitalizações e de mortes. Os avanços terapêuticos permitiram, sobretudo, a reconstituição da imunidade, resultando em sobrevida maior e melhores desfechos nos tratamentos das doenças infecciosas de fácil prevenção e cura como as que atingem o aparelho respiratório. Neste aspecto o Brasil vem conseguindo avanços consideráveis, com o provimento governamental dos antiretrovirais, já resultando em impacto sobre o número de hospitalizações e de mortes por AIDS no país ⁴.

O HIV e a AIDS, apresenta três fases distintas de manifestações: primeiro a infecção silenciosa pelo vírus da HIV, depois o aparecimento dos sintomas de doença infecciosa, a AIDS e por fim, as respostas sociais, culturais, econômico e

político da doença, estas últimas carregadas de estigma, discriminação, exclusão e muitas vezes, repulsa ⁵.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado por meio de exames laboratoriais e teste rápido que conseguem detectar anticorpos contra o vírus, no Brasil essa testagem é realizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Vale lembrar que o teste pode ser realizado de forma anônima e o seu resultado é sigiloso ⁶.

A testagem como importante estratégia de prevenção, pois o aconselhamento pré e pós-teste reforçam as condutas preventivas, e para aqueles que se descobrem portadores do vírus pode-se iniciar acompanhamento no serviço de saúde e enfatizar ainda mais as práticas de prevenção ⁷.

A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinado (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que convivem com HIV ⁸.

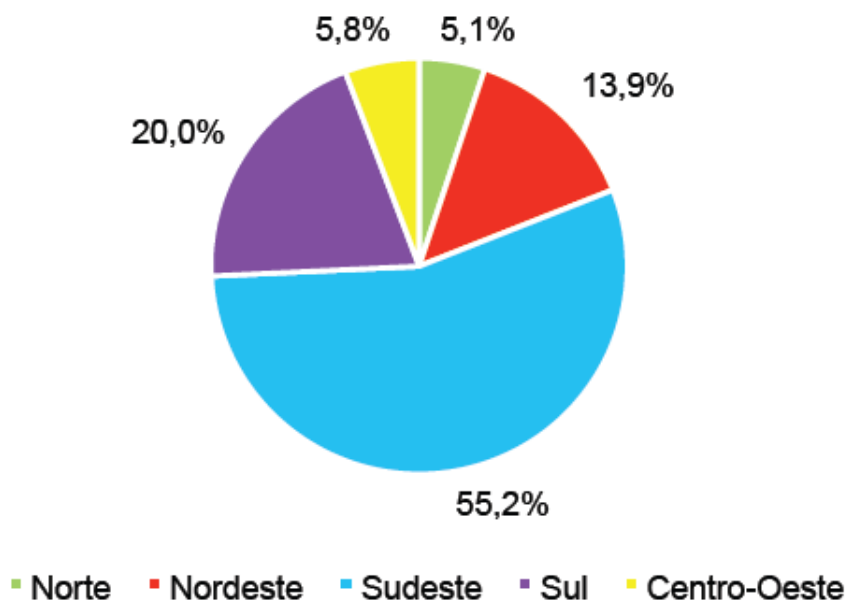
No Brasil, desde o ano de 1985 há um programa federal de controle da Aids denominado Programa Nacional de DST e AIDS, considerado exitoso em função da política de acesso universal ao tratamento medicamento com antirretrovirais, e da parceria com a sociedade civil no desenvolvimento de ações para diferentes públicos alvos. Mesmo com atividades de prevenção ocorrendo em 70% das escolas do país, nos últimos anos houve uma redução do nível de conhecimento sobre aAIDS na população de 15 a 24 anos, sendo maior entre os grupos de menor escolaridade ⁹.

A epidemia ocasionada pela disseminação da infecção pelo HIV é uma ameaça real para saúde humana, assim, devem ser realizadas propostas políticas públicas de saúde e de educação que minimizem os riscos relacionados ao exercício da sexualidade em qualquer idade ¹⁰.

Atualmente observa-se que a adesão ao tratamento juntamente com o acolhimento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda vida, além

da necessidade por parte dos serviços e novos arranjos e ofertas de atividades específicas¹¹.

Gráfico 1- Distribuição de casos de AIDS, segundo as regiões do Brasil, no ano de 2013.



Fonte: Ministério da saúde, BRASIL (2013).

Do total de 709.477 casos de AIDS identificados no Brasil desde 1980 até junho de 2013, 64.268 (9,1%) foram notificados segundo a definição de caso pelo critério óbito, sendo 43.184 (67,2%) no sexo masculino e 21.079 (32,8%) no sexo feminino. A taxa de mortalidade por AIDS vem diminuindo no Brasil nos últimos 10 anos, entretanto, esta tendência não é observada para todas as regiões, já que o Norte e o Nordeste apresentam tendência de aumento ao longo deste período.

Em Mato Grosso do Sul (MS), segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES), foram notificados 5855 casos até o ano de 2013¹².

Em Maracaju, até junho/2014 foram confirmados 43 casos de Aids.

Esse projeto de intervenção PI tem como objetivos promover a adesão ao tratamento de indivíduos com AIDS ao tratamento, caracterizar os não aderentes ao tratamento, conhecer os fatores preponderantes a não adesão e desenvolver ações de educação em saúde sobre a temática infecção pelo HIV/AIDS e tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Promover a adesão dos indivíduos com AIDS ao tratamento, no município de Maracaju/MS.

2.2 Específicos:

- ✓ Apontar fatores preponderantes para a adesão ao tratamento;
- ✓ Realizar educação em saúde sobre o tema HIV/AIDS para a clientela do projeto de intervenção;
- ✓ Mostrar a importância da adesão aos diferentes tipos de tratamento;
- ✓ Reduzir o índice de abandono dos mesmos;
- ✓ Esclarecer sobre direitos dos portadores de HIV/AIDS.

3. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Atualmente o contexto de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS vem se modificando nos últimos anos devido aos avanços relacionados ao surgimento da terapia antiretroviral (TARV), que resultou em aumento da sobrevivência, diminuição das internações por doenças oportunistas e queda da mortalidade. Porém, sabe-se que a adesão ao tratamento assume grande importância diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade, pois estudos indicam que a eficácia do tratamento exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas^{13, 14}.

Neste contexto, o presente PI tem por objetivo aumentar a adesão do indivíduo doente de AIDS ao tratamento no município de Maracaju/MS, para isso será realizada a identificação dos mesmos e dos fatores que dificultam a adesão ao tratamento, além de proporcionar informação.

O município de Maracaju/MS localiza-se no sudoeste do estado de Mato Grosso do Sul, fazendo divisa com os municípios de: Sidrolândia, Dois Irmãos do Buriti, Anastácio, Nioaque, Guia Lopes da Laguna, Ponta Porã, Dourados, Itaporã e Rio Brilhante. O município possui área de 5.299,2 km² e para 2012 teve a população estimada em 39.095 habitantes². Ainda conforme dados do Censo 2010, possui aproximadamente 86% da população alfabetizada e a incidência da pobreza é de 36,99%. Possui 10.474 domicílios no total e conta com 01 unidade de tratamento de esgoto e 01 unidade de tratamento e abastecimento de água¹⁵.

Vale destacar que o município de Maracaju, possui uma composição populacional multiétnica e pluricultural devido a proximidade com áreas fronteiriças que permitem um fluxo intenso de migrantes e é rota emergente em turismo, agronegócio e indústrias, principalmente a sucroalcooleira. Estes fatores favorecem a transmissão de infecções, dentre elas as sexualmente transmissíveis e o HIV.

Em Maracaju, como já citado, até junho/2014, existiam 43 casos confirmados de Aids, sendo que o Departamento de Saúde voltado ao atendimento destes soropositivos, presta assistência a 23 destes indivíduos devidamente cadastrados, sendo 10 homens e 13 mulheres e os demais (20) encontram-se afastados do tratamento ou em busca ativa. Os 23 pacientes hoje atendidos são acompanhados

mensalmente pela equipe multidisciplinar de saúde (médico, enfermeiro e farmacêutico) e tem acesso a medicamentos e atenção farmacêutica.

As abordagens referentes a este PI foram realizadas de janeiro a abril de 2014 e se focam nos 20 indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento.

3.1 CRONOGRAMA DE INTERVENÇÃO

Atividades	Ano			Ano			
	2013			2014			
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Diagnóstico do Problema	X						
Apresentação do Problema para a equipe multidisciplinar de saúde	X						
Revisão de literatura	X	X					
Instrumentalização da equipe multidisciplinar de saúde	X	X					
Elaboração do Projeto de Intervenção	X	X	X				
Aprovação do gestor	X						
Desenvolvimento do Projeto		X	X	X	X		
Reunião com os Profissionais envolvidos	X	X	X	X	X		
Visitas domiciliares			X	X			
Análise e Discussão dos Resultados						X	X
Conclusão sobre a intervenção						X	X
Elaboração do Relatório Final							X

4. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O presente PI “Promoção da adesão ao tratamento da AIDS no município de Maracaju/MS” foi realizado e implantado na Unidade Central de Saúde (UCS), contemplando a todos os indivíduos com diagnóstico confirmado de AIDS, não aderentes ao tratamento, num total de 20.

A intervenção visa caracterizar os indivíduos e diagnosticar os fatores que interferem na não adesão de pacientes ao tratamento de AIDS para que assim seja possível traçar estratégias para que haja uma maior adesão, trabalhando estes fatores nas reuniões e consultas realizadas com os pacientes e em ações educativas.

A médica responsável por esse PI, realizou o levantamento por meio de revisão de prontuários médicos, conhecendo o número de não aderentes (20). A partir do problema identificado, foram realizadas reuniões com a equipe multidisciplinar da UCS objetivando expor o problema diagnosticado e a importância da intervenção, desta forma, pediu-se o apoio e empenho dos mesmos no desenvolvimento das atividades do PI.

Inicialmente foi aplicado de forma individual pela médica responsável por esse PI, um questionário (Apêndice 2) em cada um dos 20 indivíduos não aderentes ao tratamento. Vale ressaltar que alguns preencheram o questionário na UCS e outros em sua residência, durante as visitas domiciliares e que ocorreram no período de fevereiro a março de 2014, objetivando estabelecer o perfil destes pacientes, abordando a idade, sexo, a adesão ao tratamento e o motivo pelo qual se afastou do tratamento.

Com estes dados, foram desenvolvidas atividades individuais e em grupo, como reuniões e atividades educativas com os indivíduos na UCS durante o período de março a junho de 2014 (Quadro 1) para serem discutidos temas como a importância do tratamento da AIDS e seu acompanhamento, identificação e conhecimento sobre a doença e direitos dos soropositivos. Vale ressaltar que nesta etapa os clientes foram convidados para participar de uma consulta individual com a equipe da UCS, no sentido de orientá-los e “tentar convencê-los” a participar das atividades em grupo.

Quadro 1 – Ações educativas realizadas no Projeto de Intervenção “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS” distribuição por datas, tema e responsáveis. Maracaju-MS, 2014.

Período/2014	Tema	Responsável
25/03	Aconselhamento e acolhimento do paciente soropositivo	Médica* Equipe da UCS
15/04	Importância da adesão ao tratamento	Médica* Equipe da UCS
16/05	Esclarecimentos sobre direitos dos portadores de HIV/AIDS.	Enfermeiro
17/06	Medicação	Médica* Enfermeiro Farmacêutica

Obs.: Realizadas na sala de reuniões da UCS com duração de duas horas.

*Responsável pelo PI.

Estudos consideram que a taxa de adesão deve ser superior a 95% para ser possível alcançar sucesso terapêutico, o que significa que o indivíduo deve, antes de tudo, compreender que sua participação precisa ser ativa, contínua e quase perfeita ao optar pelo início do tratamento ¹⁶.

4.1 CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

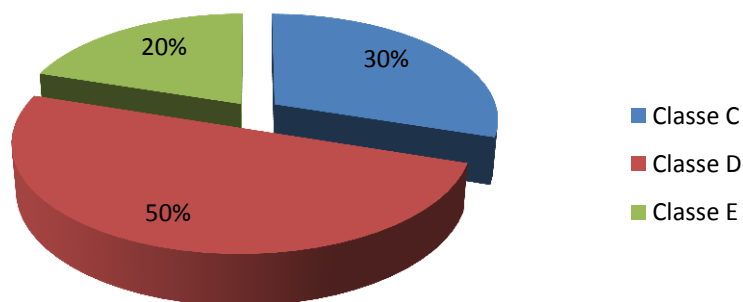
DISCRIMINAÇÃO DAS ATIVIDADES	ANO 2014					
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
1 Reuniões de sensibilização e orientação com os profissionais e pacientes	X	X	X	X	X	X
2 Definição de estratégias de adesão		X	X			
3 Aplicação do questionário			X	X		
4 Atividades educativas e reuniões de grupo			X	X	X	X
5 Consultas médicas individuais			X	X	X	X

Após a aplicação dos questionários (Apêndice 2) aos 20 pacientes, os quais se encontram evadidos do tratamento, os mesmos foram tabulados graficamente em termos quantitativos por pergunta. A seguir, os resultados serão apresentados e discutidos.

Quanto à caracterização dos participantes do PI, 10 eram homens e 10 mulheres, a maioria encontrava-se na faixa etária de 25 a 35 anos de idade, todos com diagnóstico confirmado de AIDS e afastados do tratamento.

Para definição de classes sociais, dos participantes do PI foi utilizado o parâmetro IBGE¹⁷ (Anexo 1), conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Classes sociais dos indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento, participantes do Projeto de Intervenção “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”, segundo a classe social, ano 2014 (n=20).



Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.

Um trabalho realizado no estado de São Paulo evidenciou que as condições econômicas possuem relação direta com a aderência ao tratamento. Em pacientes que ganhavam de um a três salários mínimos (Classe D), a prevalência da não-aderência foi de 34,2%; entre os que recebiam de três a seis salários foi de 26,9%; entre aqueles com mais de seis salários mínimos, a prevalência da não-aderência foi de 16,1%¹⁸.

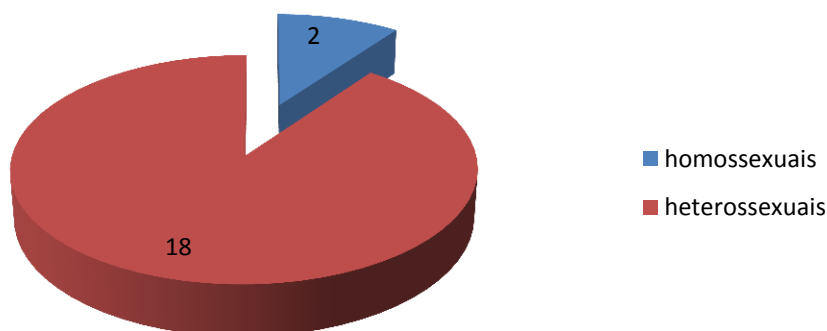
Percebe-se que 10 (50%) clientes integrantes desse PI pertencem à classe D, o que pode contribuir também para dificultar o tratamento. Podemos inferir que estes clientes, apesar de todos terem acesso gratuito à medicação, nem todos evoluem

cl clinicamente bem, devido às dificuldades de entendimento da importância do tratamento.

Porém também no Gráfico 2, mostra um número interessante para indivíduos pertencentes a classe C (30%), que têm melhores condições de adesão ao tratamento medicamentoso, por entendem a necessidade do uso dos medicamentos, disciplinadamente ¹⁹.

Nesta pesquisa, foi também abordada a orientação sexual dos clientes, dados expressos no Gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3 - Orientação sexual dos indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento, participantes do Projeto de Intervenção “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”, segundo a classe social, ano 2014 (n=20).



Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.

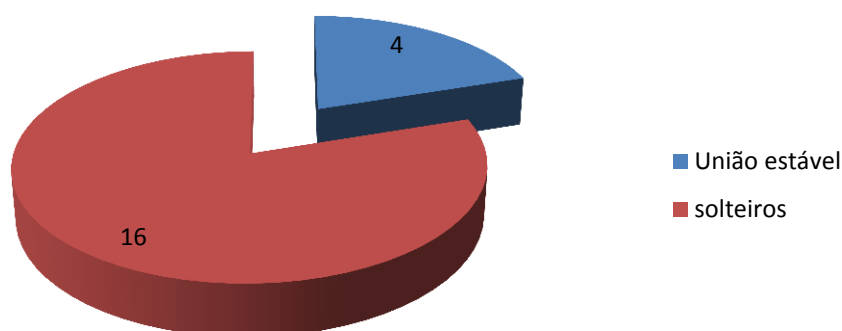
Conforme o Gráfico 3, a maioria dos indivíduos (18) não aderentes ao tratamento, são heterossexuais. No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 80, sendo predominante entre homens de maior escolaridade, gays adultos, e/ou pertencentes a grupos de risco, tais como usuários de drogas injetáveis e hemofílicos ²⁰.

Atualmente no Brasil, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia de AIDS, com expressão relevante em todas as regiões²¹.

Mesmo com o aumento dos casos de AIDS em mulheres e heterossexuais masculinos, a epidemia de AIDS no Brasil mantém-se concentrada, segundo a UNAIDS e da OMS, com taxa de prevalência do HIV menor do que 1% em gestantes e maior do que 5% nos subgrupos considerados²².

O Gráfico 4, apresenta a condição civil dos participantes do PI.

Gráfico 4- Condição civil dos indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento, participantes do Projeto de Intervenção, “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”, segundo a classe social, ano 2014 (n=20).



Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.

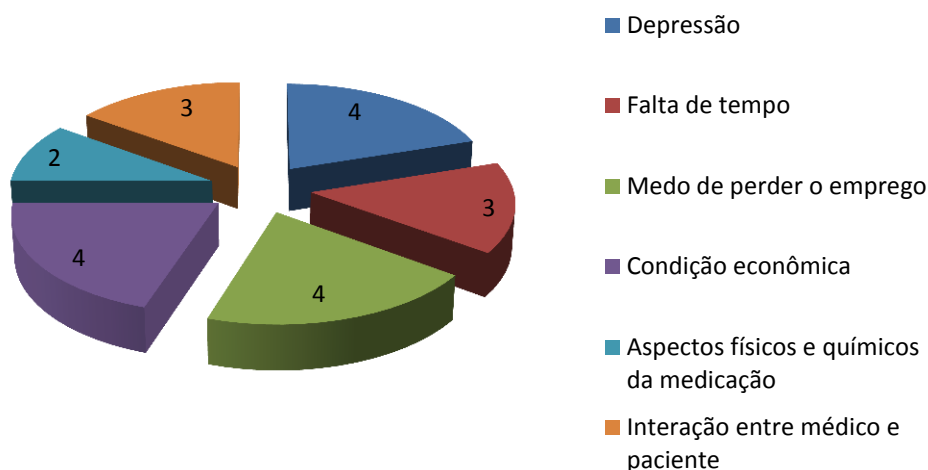
Os resultados mostram que dos 20 não aderentes ao tratamento, a maioria (16) são solteiros.

Este dado é compatível com estudos realizados no Distrito Federal do Brasil demonstram que 41,9% dos pacientes com HIV estavam casados ou vivendo em união estável e mais da metade (57,7%) não estava vivendo com parceiro(a), sendo solteiros, separados, divorciados ou viúvos²³.

Um trabalho desenvolvido a respeito do perfil dos soropositivos no estado de São Paulo destaca a escolaridade e a condição socioeconômica como fatores de vulnerabilidade nas mulheres e também a multiplicidade de parceiras como risco para os homens heterossexuais, reiterando o fato de que não podemos subestimar a forte associação das relações de gênero nas sociedades com maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV²⁴.

O Gráfico 5, demonstra os motivos relatados pelos participantes do PI para abandonar o tratamento.

Gráfico 5- Fatores apontados para o abandono do tratamento de HIV/AIDS pelos indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento, participantes do Projeto de Intervenção, “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”, ano 2014 (n=20).



Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.

Vale ressaltar que a depressão, medo de perder o emprego e a condição econômica foram um dos fatores mais citados pelos entrevistados para o abandono ao tratamento. Estudos demonstram que houve associação estatisticamente significativa entre a interrupção do tratamento e baixa escolaridade, assim considerada como indicador de baixo nível socioeconômico ¹⁶.

No mercado de trabalho, o medo de perder o emprego também se posiciona como um dos fatores de abandono do tratamento, pois uma das formas de preconceito mais evidente, na relação com possíveis portadores do HIV, é a solicitação de exames pré-admissionais que se vem impondo como condição de ingresso no trabalho e até na escola e internamento hospitalar, na expectativa de surpreender indivíduos sorologicamente positivos ²⁵.

A depressão também se figura como um dos fatores mais citados, essa doença é um dos transtornos psiquiátricos mais comumente observados em indivíduos infectados pelo HIV e esta relacionada a fatores como a descoberta da infecção e início dos sintomas físicos, invasão do sistema nervoso central pelo HIV e

infecções e desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis como homossexuais²⁶.

A interação entre médico e paciente também foi citada como um fator determinante para adesão ao tratamento. Vale lembrar que o segredo médico é um direito do paciente, como forma definitiva de conquista da cidadania e somente a ele cabe abrir mão desse privilégio. A não ser naquilo que o Código de Ética Médica desobriga: por justa causa ou por dever legal. O paciente infectado pelo HIV não foge a essa regra¹⁶.

De alguma forma, a conduta de adesão pode ser considerada similar à aquisição de um hábito, pois informações são apreendidas e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária²⁷.

Desta forma, foram realizadas reuniões, rodas de conversa, exposições orais com foco em educação em saúde, visando promover a troca de conhecimento e experiência entre os pacientes e também entre médico e paciente através de consultas individuais, de modo a mostrar a importância da adesão ao tratamento e também esclarecer sobre direitos dos portadores de HIV/AIDS.

Os profissionais e equipe de saúde, por sua vez, podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e/ou facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio cliente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, para ajudá-lo a compreender a importância do tratamento e melhorar o comportamento de adesão²⁸.

O atendimento individual, (neste PI sob a forma de consultas médicas) com foco em adesão é uma ação direcionada para dificuldades e dúvidas específicas relacionadas ao tratamento. Essa atividade pressupõe um enfoque centrado na pessoa, contextualizando os aspectos sociais e emocionais do viver com HIV/AIDS. É um momento para compartilhar informações entre o profissional de saúde e o cliente, de forma a identificar tanto fatores de risco para rupturas da adesão ao tratamento, como as motivações, possibilidades de enfrentamento e adaptação²⁹.

Tal fato demonstra a necessidade de serem implementadas políticas públicas no sentido de incentivar a adesão dos pacientes ao tratamento, dada a importância estratégica dos sistemas de vigilância epidemiológica para uma adequada resposta dos sistemas de saúde à epidemia de HIV/AIDS³⁰.

O atendimento individual, foi realizado mensalmente por meio de consulta médica agendada, realizada junto responsável pelo PI e quando houve necessidade,

houve encaminhamentos para outros profissionais da equipe multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, assistente social...)

Após a implantação do PI, dos 20 indivíduos envolvidos e que se encontravam afastados do tratamento, 16 deles retomaram o tratamento até o presente momento (julho/2014). No sentido de manter estes em tratamento e promover a adesão dos demais, foi proposto que estas reuniões e ações educativas para esclarecimento e troca de experiências continuem sendo ministradas e que os profissionais da UCS continuem em busca ativa, através de visitas domiciliares mensais aos doentes de AIDS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse PI possibilitou identificar os aspectos relevantes relacionados à importância da adesão ao tratamento de HIV/AIDS. Permitiu também traçar o perfil dos clientes afastados do tratamento e apontar as possíveis causas da descontinuidade no mesmo, de forma a compreender melhor os mesmos e propor formas de melhorar a adesão dos mesmos.

Desta forma, levanta-se a necessidade de se repensar nas práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais nas unidades de saúde, visando discutir a importância das abordagens de aconselhamento e acolhimento do cliente soropositivo de modo a ampliar atividades de orientação e informação, com a intenção de estimulá-los na procura pelo serviço. Vale ressaltar que após a implementação do PI, dos 20 indivíduos que iniciaram o PI, 16 deles retomaram o tratamento.

O acompanhamento e a avaliação da adesão ao tratamento são grandes desafios para os profissionais de saúde, uma vez que os métodos ou procedimentos disponíveis são sempre parciais e apresentam vantagens e desvantagens.

É importante compreender que a AIDS é uma questão onde as ansiedades, expectativas, conflitos e decisões ideológicas aparecem de forma complexa. Configura-se como um problema de saúde e é um assunto para ser discutido entre todos os cidadãos, de forma a difundir sobre seus aspectos e sobre a importância do seu tratamento para os infectados e também para os demais.

Destaca-se neste contexto a importância da abordagem multidisciplinar a essa clientela assim como a necessidade de utilização de maior diversidade de abordagens como: atendimento individual, visitas domiciliares, discussões em grupos entre outros para estabelecer vínculos, superar dificuldades e reintegrar os indivíduos ao tratamento reduzindo complicações e a mortalidade, assim como o risco de contaminação de outros.

6. REFERÊNCIAS

1. Levi G. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Revista da Associação Médica Brasileira, 1985, 31(9).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Unidade de Prevenção. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. 2002. Disponível em: <www.aids.gov.br/congressoprev2002/2/dmdocuments/modelo_>. Acesso em 02 Jul. 2014.
3. Fernandes APM, Sanches RS, Mill J, Lucy D, Palha D, Barcellos MC, Fredemir P. Síndrome da lipodistrofia associado com a terapia anti-retroviral em portadores do HIV: considerações para os aspectos psicossociais. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2007, 15(5): 173-177.
4. Dalcolmo MP. AIDS e tuberculose: novo problema, velho problema. Jornal de Pneumologia, 2000, 26(2): 0-0.
5. Brasil. Ministério da saúde. o QUE É Aids. Disponível em <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em 12 de Mai. de 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS – DST. Brasília [internet]. 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2011>>. Acesso em 06 Abr. 2014.
7. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF, 2010.
8. Ministério da Saúde (BR). O que é AIDS? 2010. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em 18 Abr. 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). O que é AIDS? 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>. Acesso em 14 Abr. 2014.
10. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006, 22(11): 2467-2472.
11. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84, Brasília-DF, 2008
12. Brasil. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Brasília, 2013.
13. Marins JR. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, [S.l.], 2003, 17: 1675-1682.
14. Paterson D. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals Intitute of Medicine*, 2000, 133(1): 21-30.

15. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse município de Maracaju, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ms>. Acesso em 20 Abr. 2014.
16. Rachid M. Causas relacionadas à interrupção do tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2006, 52(2): 63-77.
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Manual do Agente de Pesquisa. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
18. Nemes MIB. Avaliação da Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Usuários de Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo, Brasília, 2000.
19. Boa saúde. AIDS: panorama atual e perspectivas. Disponível em: <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3839/-1/aids-panorama-atual-e-perspectivas.html>. Acesso em 20 Jun 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS – DST. Brasília [internet]. 2012 [cited 2013 Mar 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012>. Acesso em 22 Abr. 2014.
21. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2001, 34(2): 207-217.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Vigilância do HIV no Brasil – novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Referência, 2).
23. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli, BT. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(2): 188-195.
24. Giffin K. Beyond empowerment: heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science Medicine*, 1998, 46(2): 151-6.
25. França, GV. AIDS - um enfoque ético-político. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 1993, 26(3):187-192.
26. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001, 23(3):160-7.
27. Tuldrà A, Wu, A. W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002.
28. Russel CK. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/aids: a taxonomic exploration. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2003.14(4): 46-60.
29. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84, Brasília-DF, 2008.
30. Organização Mundial da Saúde/Onusida. Guias sobre la vigilancia del HIV de segunda generación. Genève: OMS; 2000.

ANEXO 1

Tabela 1. Critérios do IBGE para definição de classes sociais.

Classe	Salários Mínimos	Renda Familiar (R\$)
A	Acima 20	14.500 ou mais
B	10 a 20	De 7.250,00 a R\$ 14.499,99
C	4 a 10	De 2.900,00 a R\$ 7.249,99
D	2 a 4	De 1.450,00 a R\$ 2.899,99
E	Até 2	Até 1.449,99

Fonte: IBGE, (2008).

APÊNDICE 1

Tabela 2. Análise descritiva para escolha do problema do projeto de intervenção.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso incorreto da medicação	Alta	9	Parcial	1
Falta de informação/orientação	Alta	8	Parcial	3
Vulnerabilidade	Alta	9	Parcial	2

Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.(2014).

Tabela 3. Análise dos nós críticos no planejamento do projeto de intervenção.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Dificuldades em aderir ao tratamento farmacológico corretamente	Aumentar o nível de informação dos soropositivos através de orientação	Promoção e prevenção da saúde	Ação educativa individual e em grupo	Material informativo Humanos
Acesso aos pacientes soropositivos	Traçar o perfil dos pacientes e indicar fatores que dificultam a adesão ao tratamento de Aids.	Adesão dos pacientes ao tratamento	Ação educativa individual e em grupo	Humanos Organizacional

Fonte: Pesquisa de campo da autora do PI.(2014).

APÊNDICE 2

“Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”

**Questionário Aplicado aos indivíduos com AIDS não aderentes ao tratamento,
em Maracaju/MS - 2014**

1. Sexo

() Masculino () Feminino

2. Idade

() 10 a 15 anos

() 16 a 25 anos

() 25 a 35 anos

() mais de 35 anos

3. Qual sua renda mensal em salários mínimos (SM)?

() Até 2 SM

() De 3 a 4 SM

() De 5 a 10 SM

() + de 10 SM

4. Qual sua orientação sexual?

() Heterossexual

() Homossexual

5. Qual sua condição civil?

() União estável

() Casado

() Solteiro

6. Aponte qual fator o(a) levou a abandonar o tratamento?

- Depressão
- Falta de tempo
- Medo de perder emprego
- Situação econômica
- Aspectos da medicação
- Interação entre médico e paciente

APÊNDICE 3

Quadro 3 - Detalhamento Plano de Ação do Projeto de Intervenção “Promoção da Adesão ao Tratamento da AIDS no Município de Maracaju/MS”.

AÇÃO/ATIVIDADE	DETALHAMENTO DAS AÇÕES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESULTADOS ESPERADOS
Apontar todos os pacientes soropositivos que apresentam dificuldades de aderir ao tratamento	Realizar uma reunião para explicar sobre o projeto.	Coordenação/Equipe ESF	Jan/2014	Humanos: Equipe do ESF	Motivação dos integrantes do grupo e da equipe da ESF para o alcance dos objetivos.
Visitas domiciliares aos pacientes soropositivos	Coletar dados para traçar o perfil dos pacientes e motivos de abandono do tratamento.	Equipe da ESF	Fev/2014	Humanos: Equipe do ESF	Apontar fatores para o abandono ao tratamento
Elaboração do cronograma de atividades	Selecionar as orientações e atividades que serão desenvolvidas no decorrer do projeto	Equipe do ESF	Março/2014	Humanos: Equipe do ESF	Direcionar a equipe na execução do projeto de intervenção

1ª etapa: tabulação de dados e análise do paciente	Coleta de dados do paciente e avaliação clínica	Enfermeira e Médico	Abril/2014	Humanos	Acompanhar o desenvolvimento do PI
2ª etapa: atividades educativas	Orientar sobre a importância do tratamento da AIDS e seu acompanhamento, identificação e conhecimento sobre a doença e direitos dos soropositivos	Médico e enfermeira	Junho/2014	Humanos: Médico e enfermeira	Melhoria na qualidade de vida evitando .complicações.
Análise dos resultados	Verificar a adesão dos pacientes ao tratamento	Enfermeira	Julho/2014	Humanos e organizacionais	Avaliar se os objetivos do PI foram alcançados.