

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA***IMPLANTATION OF ADHERENCE PROGRAM TO HIV/AIDS TREATMENT – REPORT OF EXPERIENCE*

Beatriz Fátima Pereira Guaragna¹, Maria Luiza Machado Ludwig²,
Ana Luiza Prestes da Cruz³, Ariane Graciotto³, Aline Modelski Schatkoski⁴

RESUMO

A adesão ao tratamento anti-retroviral é atualmente um dos pontos de maior impacto na redução de complicações e melhoria na qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS. Com o objetivo de proporcionar aos pacientes e a seus familiares uma forma de orientação efetiva e contínua, criou-se um programa de adesão, que contemplou duas estratégias; a primeira, na forma de consulta de enfermagem, com enfoque individual, visando ao aconselhamento, à educação e ao oferecimento de um espaço para escuta. Para tanto, organizou-se uma parceria com uma equipe multidisciplinar e criou-se uma agenda de enfermagem para esses atendimentos, bem como um protocolo. A segunda estratégia, visando a uma abordagem coletiva, ocorreu por intermédio do ciclo de palestras gratuitas, em que um profissional convidado abordava assuntos sugeridos pelos participantes (o paciente, sua família, amigos e pessoas interessadas nos temas). A participação foi voluntária e anônima para os interessados. Durante o período de 1 ano, foram atendidos, em consultas individuais, 65 pacientes; os demais seguem em consultas mais espaçadas, de acordo com suas necessidades. No ciclo de palestras, no mesmo período, compareceram 296 pessoas em nove encontros. Foi observada uma melhora no enfrentamento da doença por parte dos pacientes assistidos pelo programa.

Unitermos: Adesão, HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, anti-retroviral.

ABSTRACT

Adherence to antiretroviral treatment is currently one of the points that have the highest impact on reducing complications and improving quality of life of people with HIV/AIDS. With the aim of providing patients and their family with an effective and continuous orientation, an adherence program was created, divided into two strategies. The first is comprised of individual meetings with nurses for education, counseling and an opportunity to share their feelings/doubts with a health professional. To do so, a partnership with a multidisciplinary staff was established, and a nursing schedule, as well as a protocol, was created for these appointments. The second strategy, aimed at a collective approach, took place through a series of free lectures, in which an invited professional discussed issues suggested by the participants (patients, their family, friends and people interested in those issues). Participation was voluntary and anonymous for everyone interested. For a 1-year period, 65 patients were seen in individual appointments; the others have appointments at intervals according to their individual needs. In the same period, 296 people attended the series of lectures in nine meetings. An improvement was noted as to how patients participating in the program face their condition.

Keywords: Patient compliance, HIV, acquired immunodeficiency syndrome, anti-HIV agents.

Rev HCPA 2007;27(2):35-8

Com a evolução do evento HIV/AIDS (vírus humano da imunodeficiência/síndrome da imunodeficiência adquirida), a adesão ao tratamento tem sido um grande desafio para profissionais da saúde. A significativa morbidade dessa patologia e as diversas complicações decorrentes das doenças oportunistas levam a equipe assistente a procurar estratégias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes e modificar o triste quadro da realidade de reinternações freqüentes, devido a não aderirem ao tratamento, apresentando cada vez mais debilidade em sua saúde (1).

O uso de terapia anti-retroviral (ARV) alterou, de forma significativa, a história natural da doença pelo HIV/AIDS. Seu uso corrente é a única maneira de garantir a maior duração do esquema prescrito, permitindo a pre-

servação de opções terapêuticas, menor ocorrência de infecções oportunistas, progressão mais lenta da doença e diminuição da mortalidade associada ao HIV/AIDS (2).

Do ponto de vista psicossocial, há melhoria na qualidade de vida, resgate da vida afetiva e aumento na inclusão no mercado de trabalho. Ocorre, ainda, do ponto de vista econômico, a redução significativa do número de internações, menor ausência no trabalho e diminuição dos encargos sociais (3).

Dessa forma, a alta eficácia do tratamento está associada à maior aderência dos pacientes, questão primordial no combate à doença (2,3).

A adesão deve ser compreendida como um processo de concordância entre a prescrição médica e a efetiva tomada dos medicamentos de forma correta, envolvendo,

1 Enfermeira Chefe, Unidade de Internação 6º Sul, Hospital de Clínica de Porto Alegre (HCPA)

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Chefe, Serviço de Enfermagem Médica, HCPA

3 Enfermeira, Unidade de Internação 6º Sul, HCPA

4 Acadêmica de Enfermagem, UFRGS. Bolsista, Serviço de Enfermagem Médica, HCPA.

Correspondência: Beatriz Fátima Pereira Guaragna, Hospital de Clínica de Porto Alegre, Serviço de Enfermagem Médica.
Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 500. 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: b_guaragna@hotmail.com

ainda, uma disponibilidade de recursos, como acesso aos serviços necessários, regularidade nas consultas, frequência na realização dos exames, cuidados com higiene e alimentação, sono e repouso (4).

Para o sucesso da adesão, são necessários três níveis diferentes de comprometimento. O primeiro está relacionado ao serviço: exames laboratoriais, especialidades, agendamentos facilitados, vínculo e acolhimento (eficiente, eficaz, resolutivo). O segundo se relaciona com a qualidade de assistência prestada pelo profissional, no seu empenho em ouvir, interagir, conscientizar, adequar sua linguagem, etc. Por fim, temos o papel do paciente, que precisa conhecer, compreender e aceitar o tratamento proposto, aderindo às estratégias para o autocuidado, orientações alimentares, uso correto das medicações, exercícios físicos com o objetivo de aumentar a qualidade de vida, entre outras (5).

Todas essas atividades devem ser desenvolvidas continuamente e, para isso, existe a necessidade do comprometimento da equipe e do paciente, o que pressupõe que um vínculo entre ambos deva ser construído (4). A adesão acontece a partir do momento em que o paciente aceita sua condição de saúde, entende os mecanismos da doença e opta pelo autocuidado, por ser parte ativa do processo. Como uma prática de educação em saúde relacionada à aprendizagem, permite a pessoa pensar e repensar sua cultura e, assim, intervir responsabilmente na sua realidade por meio de mudanças de comportamentos, práticas e atitudes (1,6-8).

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 198, traz como uma das propostas a democratização das informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (9). No tangente a esse aspecto, é fundamental o papel da equipe de saúde no fornecimento dessas informações e orientações sobre a patologia e tratamento, visto que, no retorno ao seu domicílio, há necessidade de manter a terapêutica proposta por tempo prolongado.

Nesse intercâmbio, para o entendimento da clientela, a linguagem utilizada pelos profissionais deve ser adequada ao contexto cultural em que a mesma está inserida (7,8). A compreensão clara, portanto, é um dos fatores relacionados com a efetividade do tratamento. Entender o que ocorre consigo e as maneiras de preservar sua saúde torna pacientes e familiares sujeitos ativos na concretização de ações saudáveis e responsáveis. Permite a construção de sua autonomia e não da dependência (9). Reflete-se em uma maior interação com outras pessoas e participação social. A educação assim oferecida relaciona-se com a cidadania, pois oportuniza diálogos e trocas de experiências como atores sociais em um agir comunicativo (6).

Alguns trabalhos realizados, para avaliar a não-adesão por parte dos pacientes (1-3,5,10), mostraram que a adesão ao tratamento diminui à medida que a complexidade (número de drogas, número de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam; também diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e no estilo de vida do paciente;

tende a ser menor em pacientes com uma atitude pessimista em relação à sua doença; e, finalmente, a adesão geralmente é menor se a comunicação e interação entre o paciente e o profissional de saúde forem deficientes.

A proposta de um programa de adesão

Como enfermeiras da unidade clínica que atende pacientes com HIV/AIDS, acreditamos que a qualidade de vida dos pacientes depende do sucesso da terapia ARV. Observávamos que, por ocasião da alta hospitalar, os pacientes e familiares relatavam dúvidas em relação ao uso dos ARV, tais como: dose, horário, associação com outros medicamentos, aquisição e entendimento da necessidade do uso contínuo dos mesmos. Dessa forma, havia a necessidade de criar estratégias de ações que viessem a estabelecer maior vínculo entre o paciente e a instituição de saúde. Assim, foi criado o Programa de Adesão ao Tratamento de HIV/AIDS, cujo objetivo principal foi oferecer informações e apoio que instrumentalizassem os pacientes e seus familiares no seguimento de sua terapêutica e cuidado à sua saúde, de forma a promover melhor qualidade de vida.

Incluimos a família no atendimento, pois a consideramos fundamental no incentivo e manutenção da terapia. Ela é aliada da equipe de saúde, oferecendo conforto, ânimo e confiança ao paciente, na mobilização de mecanismos para sua recuperação e no processo de enfrentamento de sua doença (1,11).

Para otimizar nossas ações, contatamos diferentes profissionais, que foram convidados a participar do programa. Assim, estruturamos uma equipe multidisciplinar, que incluía médicos infectologistas, nutricionista, enfermeiros, assistente social, dispensador (responsável pelo controle e entrega das medicações ARV), fisioterapeutas e psicólogos, além de estagiários das áreas envolvidas, que nos auxiliaram no oferecimento de estratégias para acolher os pacientes com HIV/AIDS.

Para o programa, estabelecemos dois momentos de ação: um com enfoque individual, por meio da consulta de enfermagem no ambulatório da instituição, e outro com abordagem coletiva, por meio de palestras sobre temas referentes ao HIV/AIDS.

Estabelecemos como público-alvo pacientes encaminhados pelo Ambulatório de Infectologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que iniciavam o tratamento ou apresentavam falhas terapêuticas (12).

O desenvolvimento das atividades

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do HCPA, foi solicitada a abertura de uma agenda de atendimento na Zona 15 (Ambulatório de Infectologia), às terças-feiras, no horário das 16 às 19 horas.

A primeira consulta, segundo orientação do Ministério da Saúde, é o momento ideal para se conhecer as rotinas e hábitos de vida do paciente, que serão os norteadores da prescrição e orientações de enfermagem (12).

Segundo essa visão e seguindo a sistematização da assistência de enfermagem preconizada pelo HCPA, inici-

amos o atendimento aos pacientes com HIV/AIDS. No primeiro atendimento, o paciente era informado sobre o caráter do programa, seus objetivos e metodologias. Além do registro em prontuário eletrônico, as informações eram registradas em uma ficha de acompanhamento composta por duas vias, onde constavam dados de identificação, história da doença e registro dos ARV a serem tomados, de forma a verificar a efetividade do seguimento das orientações. Oferecíamos uma via ao paciente, contendo o esquema dos ARV e orientações para seu uso. O objetivo dessa estratégia era melhorar o entendimento do paciente quanto à terapêutica prescrita. Abordava-se o paciente e o familiar, se presente, no sentido de oferecer orientações sobre a doença, o tratamento e o uso correto de ARV, assim como hábitos saudáveis e formas de lidar com o preconceito e isolamento social. Também se entregava o *Manual de orientações sobre o HIV/AIDS para paciente e familiares*, formulado por enfermeiras experientes na assistência a esses pacientes. Mediante um acolhimento humano, pretendíamos o fortalecimento do vínculo em busca da participação ativa e responsabilidade do paciente por seu cuidado. Criava-se, assim, um espaço para o reconhecimento das condições de vida, história pessoal, concepções a respeito da doença, fantasias e medos, cuidados com o corpo, exercício e alimentação, questões ligadas à imagem corporal e à vida sexual e saúde reprodutiva e sexualidade.

As consultas seguintes tinham como finalidade analisar o andamento da terapia, identificar fatores que a prejudicavam, esclarecer dúvidas e construir novas alternativas que facilitassem a adesão. Estabelecia-se que a segunda consulta seria agendada em 15 dias, uma terceira, em 30 dias, e uma quarta, em 60 dias, momento em que se definia com o paciente a necessidade de continuidade do acompanhamento. Esses intervalos podiam ser variados segundo o seguimento ou não do paciente ao tratamento. Em casos negativos, reduzia-se os intervalos para acompanhá-lo mais seguidamente. Buscava-se marcar essas consultas, preferencialmente, em data que contemplasse a presença da equipe médica, para que o fator deslocamento não prejudicasse o atendimento.

Recorria-se, muitas vezes, ao apoio da equipe multiprofissional para atender adequadamente o paciente. Eram realizadas interconsultas com a equipe médica, procurando solucionar dúvidas quanto ao uso correto dos ARV, fornecimento de declarações médicas, solicitações de exames ou avaliação. Contava-se, também, com o apoio de profissionais de nutrição, psicologia (nesse caso, somente para as mulheres, tendo em vista já existir um grupo de atendimento dirigido a elas) e assistência social, sempre que necessário.

Aos pacientes que não compareciam às consultas, era feito contato telefônico visando detectar a causa do não-comparecimento e remarcar data de nova consulta.

Estabelecemos como indicadores de acompanhamento os valores dos marcadores biológicos CD4 e carga viral e o comparecimento às consultas agendadas.

Ciclo de palestras

Além das consultas individuais, os pacientes foram convidados a participar de um ciclo de palestras sobre diversos temas que envolvem a temática HIV/AIDS, iniciado no mês de junho de 2006. Era um momento para a troca de experiências com outros pacientes, e cujo profissional palestrante servia de facilitador nas discussões que se seguiam.

Esses encontros eram realizados nas últimas quartas-feiras do mês, no horário das 19 às 20h30min. Destinavam-se a todos os pacientes com HIV/AIDS, familiares, profissionais e interessados nos temas propostos. Os assuntos que seriam abordados eram definidos ao final da palestra pelos próprios participantes. De acordo com a decisão, era direcionado o convite a um profissional do HCPA, que se utilizava de uma conversa simples e objetiva, respeitando aspectos éticos, sentimentos, crenças e valores.

As palestras foram divulgadas no hospital, na imprensa e na internet, com apoio da assessoria de comunicação da instituição. A participação era voluntária e não havia registro do nome dos participantes, apenas uma estimativa numérica, procurando, assim, manter o anônimo e a privacidade.

Era oferecido um *coffee-break* ao final de cada atividade, momento de confraternização entre os presentes.

Resultados obtidos no primeiro ano do programa

Durante o primeiro ano do programa, no que se refere ao atendimento na consulta de enfermagem, dos 107 pacientes encaminhados pelo ambulatório de infectologia, 65 compareceram à primeira consulta. Destes, 26 (40%) compareceram apenas à primeira consulta, 19 (29,23%) participaram de duas consultas, cinco (7,69%) participaram de três consultas e 15 (23,07%) participaram de quatro consultas ou mais. Quanto à abstenção, 23 (35,38%) não apresentaram nenhuma falta, 26 (40%) apresentaram uma falta, 11 (16,92%) apresentaram duas faltas e cinco (7,69%) apresentaram três faltas ou mais.

Quanto ao ciclo de palestras, foram realizados nove encontros, com a participação de 296 pessoas. Nos meses de janeiro e fevereiro, não foram realizados os encontros por solicitação dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do Programa de Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral, foi observada melhora no enfrentamento do paciente à doença, muitas vezes tendo um maior reflexo na atitude apontada por eles durante os retornos ambulatoriais do que no aumento dos indicadores laboratoriais. Também foi percebido o fortalecimento da aliança terapêutica por meio da melhora do vínculo profissional/paciente/família, proporcionado pela troca de experiências, aproximação e envolvimento.

Atualmente, o programa permanece em funcionamento, com as mesmas atividades propostas no projeto inicial. Com o intuito de melhor avaliar o impacto das

intervenções realizadas, pretende-se trabalhar de forma mais efetiva os indicadores estabelecidos, principalmente os laboratoriais.

REFERÊNCIAS

1. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2005;13(5):634-41.
2. Carvalho CV, Duarte DB, Hamann EM, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saude Publica* 2003;19(2):593-604.
3. Narciso AMS, Paulilo MAS. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. *Serv Soc Rev Londrina*. 2001;4(1):27-43.
4. Bristol-Myers Squibb Brasil. Adesão ao tratamento. *Rev Bras Pos*. 2002; 2.
5. Colombrini MRC, Lopes MHB, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
6. Nascimento SR, Prado ML. O agir comunicativo na construção do conhecimento de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(2):237-40.
7. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):761-3.
8. Shiratori K, Costa TL, Formozo GA, Silva SA. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):617-9.
9. Brasil, Constituição 1998. Constituição da República Federativa do Brasil. 14ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saude Publica*. 2001;35(6):495-501.
11. Neman F, Souza MF. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto. *Nurs*. 2003;56(6):28-31.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância à saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.